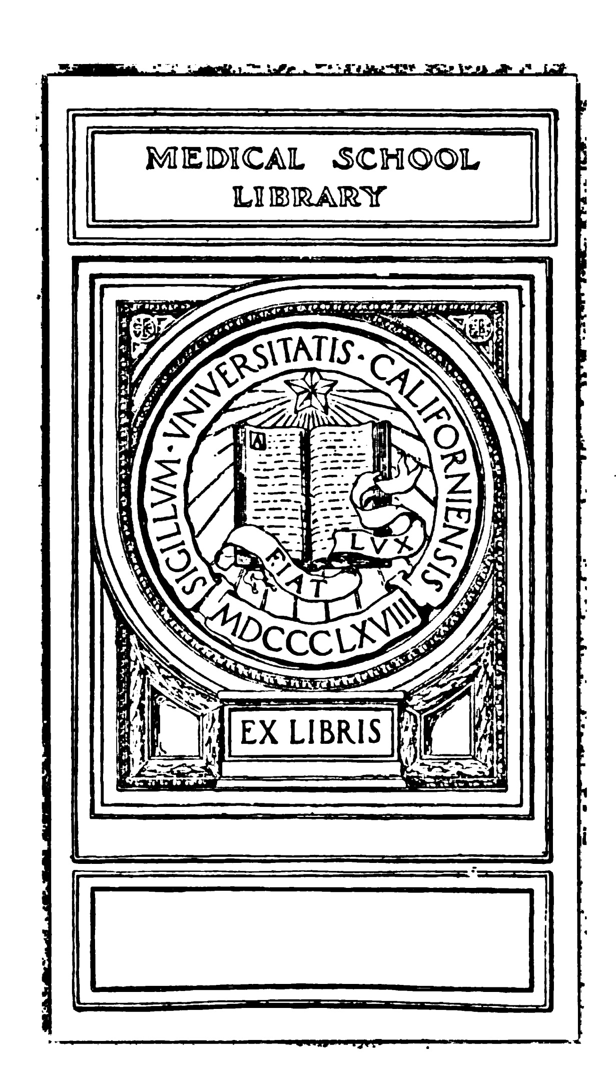

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME LVII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mo par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque ann deux volumes avec titre et table des matières. Des planch sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessair

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs
Pour les départements	20 —
Pour les pays de l'Union postale.	22 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEI HEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étra ger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. Dr HARTMANN, 4, place Malesherbes, pour la partie gynéc logique ; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la part obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimi Delavigne.

Imp. E. ARRAULT et Cie, Tours.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME LVII

Contenant des travaux de

BRESSET, CHIAVENTONE, COUVELAIRE, DANIEL, DRAGHIESCO
et CRISTEANU, FRANTA, HARTMANN,
HOCHE, KATZ, LABUSQUIÈRE, LEGROS, LEVÊQUE, MIKHINE, OUI,
PINARD, PITHA, VIALLON, VILLARD et PINATELLE, WORMSER.

1902

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1902

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

JANVIER 1902

PROPHYLAXIE DES OPHTALMIES
OU CONJONCTIVITES DES NOUVEAU-NÉS

Par **M. A. Pinard** (1).

Dans la séance du 4 février dernier, lors de la discussion au Sénat du budget de l'exercice 1901, et à propos du vote de la subvention allouée à l'hospice national des Quinze-Vingts, la haute assemblée, d'après la proposition de l'un de ses membres, le Dr Pédebidou, a invité le gouvernement à adresser à toutes les sages-femmes de France une circulaire pour leur rappeler qu'il est un remède souverain contre l'ophtalmie purulente : le *permanganate de potasse*.

M. le ministre de l'Intérieur, après avoir pris l'avis des médecins chefs de service à la clinique nationale ophtalmologique, — avis résumé dans une lettre du directeur de cet établissement, M. Pephau, en date du 27 mars, — consulta M. le doyen de la Faculté de médecine, dont il reçut un rapport aussi complet que judicieux. Dans ce rapport, non seulement M. Brouardel expose la question sous toutes ses faces, mais

(1) Rapport à l'Académie de médecine, 16 juillet 1901.

encore il propose à M. le ministre de demander au Comité consultatif d'hygiène et à l'Académie de médecine d'examiner les mesures qui pourraient être prises pour donner satisfaction au désir exprimé par le Sénat et de lui fournir les éléments des instructions qui pourraient être adressées aux sages-femmes.

M. le Dr Netter présenta, au nom du Comité consultatif d'hygiène, un rapport aussi bien étudié que documenté et dont toutes les conclusions furent approuvées dans la première section, le 3 juin 1901.

L'Académie de médecine, saisie de cette demande, est appelée aujourd'hui à formuler son avis. La question a été discutée à la section d'hygiène, qui me confie le grand honneur de faire un rapport. C'est ce rapport, approuvé par la section, que je vais vous faire connaître, rapport suivi de conclusions sur lesquelles vous aurez ensuite à délibérer.

Il est inutile d'insister ici sur l'importance de la question qui vous est posée, puisque vous savez tous que *les ophtalmies ou conjonctivites purulentes ont constitué et constituent encore la cause la plus fréquente de la cécité.* Si Fieuzal a pu prouver que sur le nombre des aveugles abrités aux Quinze-Vingts en 1874 33 p. 100 (un tiers) devaient leur cécité à cette cause, le Dr Netter démontrait hier que quinze ou vingt ans plus tard la proportion n'était guère différente dans les asiles des autres pays : 25,83 en Allemagne, 20,47 en Autriche, 20,38 en Italie, 26,02 en Suisse, 24 en Amérique (Mog.).

Ceci rappelé, il me paraît indispensable, avant de parler du traitement prophylactique, de définir ce qu'on doit entendre par ces termes : ophtalmies ou conjonctivites des nouveau-nés, et de préciser la pathogénie et l'étiologie de ces affections.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE DES OPHTALMIES OU CONJONCTIVITES PURULENTES DES NOUVEAU-NÉS

La clinique, bien longtemps avant la bactériologie, avait pressenti et démontré les liens qui unissent étroitement les écoulements vaginaux et, en particulier l'écoulement blennorragique à l'ophtalmie purulente.

Dès 1750, Quellmatz admettait une connexion entre l'ophtalmie purulente des nouveau-nés et la leucorrhée.

En 1807, Gebsen, reprenant cette idée, formulait les propositions suivantes :

« 1° Il faut faire disparaître les flueurs blanches de la mère pendant la grossesse.

« 2° Si on n'y a pas réussi, il faut, pendant l'accouchement, en débarrasser le vagin.

« 3° Il faut faire également des lotions des yeux des enfants aussitôt après la naissance, pour empêcher les effets nuisibles du contact des sécrétions vaginales avec les yeux, à l'aide d'un liquide capable de neutraliser l'action nocive de ces sécrétions (1). »

La même idée reparaît dans les travaux de Jäger (de Vienne) [1812], de Vetch (2) [1820], de Thiry (3) [1857], de Pauli (4) et de Guyomar (5) [1858]. Ricord (6) n'hésite pas à admettre que l'ophtalmie purulente du nouveau-né est causée

---

(1) Fuchs, *Causes et prévention de la cécité*. Trad. Fieuzal, G. Steinheil, éditeur, Paris, 1885, p. 106.

(2) Vetch, *A practical treatise on the diseases of the eye*, 1820, p. 242.

(3) Thiry, Recherches sur les granulations. *Comptes rendus du Congrès d'ophtalmologie de Bruxelles*, 1857.

(4) F. Pauli, *Mémoire sur la nature de l'ophtalmie d'Egypte*, Würtzbourg, 1858.

(5) Guyomar, *Recherches sur les ophtalmies contagieuses. Quelques mots sur les urétrites contagieuses*. Thèse Paris, 1858, p. 45.

(6) Ricord, Quelques considérations pratiques sur l'ophtalmie blennorragique et sur son traitement. *Bulletin gén. thérapeutique*, 1841, t. XXI, p. 348.

par une blennorragie maternelle, bien qu'il reconnaisse enco plus d'importance aux matières irritantes qui peuvent accoı pagner l'accouchemént.

Dès 1866, notre éminent collègue Fournier admet deı variétés d'ophtalmies blennorragiques : l'une à pronostic s vère qu'il appelle *ophtalmie de contagion ;* elle lui est démoı trée, sans parler de beaucoup d'autres raisons, par la stati tique de Florent Cunier, qui, sur 84 cas, a trouvé la contagi directe 47 fois ; — l'autre, qu'il appelle *ophtalmie rhumati male*, d'allure bénigne, et qu'il considère comme bien plus fı quente (1).

J'ajoute que dès cette époque, et bien que l'agent spé fique ne soit pas encore découvert, presque tous les auteuı et parmi eux je me plais à citer Rollet (2), affirment l'origi et la nature contagieuse de la maladie.

C'est en 1879 que Neisser (3) fit la découverte du micro spécifique de la blennorragie et qu'il le baptisa du nom *gonococcus*.

Sans vouloir ici rechercher si les premières cultures o été obtenues par Bouchard et Capitan (4) ou par Bokai (5), me contenterai de rappeler que c'est Bumm qui, dans ses ı marquables recherches sur les ophtalmies du nouveau-n obtint les premières cultures pures du gonocoque par simp ensemencement de pus blennorragique sur sérum humai A partir de ce moment le gonocoque est considéré comme seul agent causal de l'urétrite blennorragique et par ce même de l'ophtalmie purulente.

En 1881, Hirschberg et Krause, Crédé, trouvent le gon

(1) Fournier, Blennorragie. *Dict. Jaccoud*, 1866, t. V, p. 239.

(2) Rollet, Blennorragie. *Dict. Dechambre*, 1868, 1re série, t. I p. 641 et 684.

(3) Neisser, Ueber eine Gonorrhoe eigenthümliche Micrococ form. *Centralblatt für med. Wiss.*, 12 juillet 1879, n° 28, p. 497.

(4) Martineau, Leçons cliniques sur la blennorragie de la femn *Ann. méd. chir.*, mars 1885.

(5) Bokai, Ueber die Contagio d. acut. blenn. *Allgemein. med. C tralzeitung*, 1880, n° 74.

coque dans toutes les ophtalmies purulentes des nouveau-nés, et affirment que cette affection est toujours due à la contagion par la mère, au moment de l'accouchement (Rémond) (1). Zweifel (2), par ses expériences, est conduit à admettre également la spécificité du gonocoque dans l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés de nature gonococcique est donc reconnue, établie d'une façon indiscutable et indiscutée aujourd'hui.

Mais la question n'est pas là tout entière. Est-il prouvé que toutes les ophtalmies purulentes des nouveau-nés sont de nature gonococcique? Le gonocoque est-il le seul agent nocif, le seul ennemi ?

Je puis tout de suite répondre par la négative.

L'existence du bacille de la conjonctivite catarrhale, découvert par Koch en 1883, et auquel Weeks (3) a attaché son nom, fut constatée dans certaines ophtalmies des nouveau-nés par notre éminent collègue le professeur Panas, puis bientôt par le Dr Morax (4) et par le Dr Chartres (5). Ce dernier auteur, dans un important mémoire sur la bactériologie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, publia le résultat de ses recherches dans 26 cas, et trouva comme étiologie :

	Soit près de
9 fois des gonocoques purs.	36 p. 100
3 — des bacilles de Lœfler.	12 —

(1) Rémond, *Du traitement prophylactique et curatif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Méthode employée à la clinique Baudeloeque.* Thèse de Paris, 1898. Thèse remarquable à laquelle j'ai fait de larges emprunts bibliographiques et autres.

(2) Zweifel, Zur Ætiologie des Ophtalmoblenn. neonatorum. *Archiv .Gyn.*, 1884, t. XXII, p. 318.

(3) Weeks, The bacillus of ocule conjonctival catarrh or pinck eye. *Archiv. of Ophtalmology*, t. XXV, 1886.

(4) Morax, *Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire.* Thèse Paris, 1893-94, p. 36.

(5) Chartres, Contribution à l'étude de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. *Archives cliniques de Bordeaux,* décembre 1896, p. 531.

		Soit près de
3	fois des microcoques	12 p, 100
2	— des streptocoques associés au gonocoque	8 —
2	— des streptocoques seuls	8 —
1	— des streptocoques associés au bacille de Lœfler.	4 —
1	— des streptocoques associés au staphylocoque	4 —
1	— des staphylocoques associés à un bacille indéterminé	4 —
1	— des staphylocoques	4 —
1	— des bacilles de Weeks	4 —
1	— des bacilles indéterminés	4 —
1	— des sarcines	4 —

D'après le D[r] Chartres, les cas les plus graves seraient ceux dans lesquels on trouve des streptocoques purs ou associés au gonocoque et à certains bacilles comme le bacille de Lœfler, alors que les cas à gonocoques purs seraient relativement plus bénins.

Vers la même époque (1896), Axenfeld (1) observe une épidémie de conjonctivite pneumococcique chez les enfants, et l'année suivante le D[r] Schuhl (2) communique à la Société de médecine de Nancy un cas d'ophtalmie purulente chez un nouveau-né, dans lequel M. Thiry démontra la présence du pneumocoque de Talamon-Fraenkel.

D'après Fraenkel (3) on observe par ordre de fréquence dans l'ophtalmie des nouveau-nés :

1° Le gonocoque ;

2° Le pneumocoque ;

3° Le bacille de Koch et Weeks ;

4° Le diplobacille de Morax et d'Axenfeld ;

5° Le bacillus coli ;

---

(1) Axenfeld, Ueber eine durch Pneumoniekokken hervorgerufene Schulepidemie von Bindehautentzündung der Augen. *Zeitsch. f. Schulgesundh.* n° 4, analysé in *Centralblatt f. prakt. Augenh.*, 1896, p. 646.

(2) Schuhl, *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 25 oct. 1897, p. 629.

(3) Fraenkel, Ueber das Vorkommen des Meningococcus intracellularis bei eitrigen Entzündungen der Augenbindehaut. *Zeitschrift f. Hygiene*, Bd XXXI, Heft 2, 1899.

6° Le bacille de la diphtérie;

7° Une sorte de diplocoque intracellulaire.

De plus, avec quelques auteurs, il a observé le meningococcus intracellularis.

Grœnouw (1), sur 40 cas, a rencontré 14 fois le gonocoque pur, 6 fois le gonocoque associé soit au bacterium coli, soit au staphylocoque.

Bietti (2) a observé un cas d'ophtalmie purulente du nouveau-né où l'examen bactériologique ne révéla la présence que du seul bacterium coli commun.

Le Dr J. Gonin (3), à l'hôpital ophtalmique de Lausanne, a trouvé sur 38 cas d'ophtalmie purulente des nouveau-nés :

22	conjonctivites avec	gonocoques	58 p. 100
5	—	staphylocoques seuls	13,2 —
4	—	pneumocoques	10,5 —
3	—	bacilles de Weeks	8 —
2	—	bactéries variées	5,25 —
2	—	sans bactéries	5,25 —

En résumé, toutes les recherches, tous les travaux publiés, toutes les constatations faites démontrent que les ophtalmies purulentes des nouveau-nés sont causées par une *infection.*

Mais s'il est prouvé que le gonocoque est en cause dans la pluralité des cas, il est hors de doute que d'autres agents pathogènes : streptocoque, bacille de Lœfler, staphylocoque, pneumocoque, etc., peuvent également infecter primitivement la conjonctive du nouveau-né. Telle est la raison qui m'a fait dire : les ophtalmies purulentes et non l'ophtalmie purulente du nouveau-né.

(1) Grœnouw, Bacteriologische Untersuchungen über die Ætiologie der Augenentzündung der Neugeborenen, *Bericht der opht. Gesellschafts*, Heidelberg, 1899.

(2) Bietti, Typische Blennorhea Neonatorum durch Bacterium coli commune, *Klinisches Monatsb. f. Augenh.*, 1899, p. 311.

(3) Gonin, De la Nature microbienne des conjonctivites. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 février 1899, p. 100.

Comment et quand se produit l'infection ? — L'infection se produit le plus souvent au moment de la naissance, ou plutôt immédiatement avant, c'est-à-dire quand les yeux de l'enfant se trouvent directement en contact avec les parois vaginales.

Je n'ai pas à rappeler ici combien la conjonctive de l'adulte diffère de la conjonctive du nouveau-né au point de vue de l'aptitude à la réceptivité morbide.

Tandis qu'il existe une immunité *relative* chez l'homme adulte, comme l'a si bien démontré notre collègue le professeur Panas, la conjonctive du nouveau-né constitue un terrain qui se montre d'une fertilité exceptionnelle à tout ensemencement.

Or, on sait, hélas! combien est fréquente la présence du gonocoque dans la flore du canal génital maternel.

C'est dans ces conditions que la contagion se produit le plus fréquemment.

Mais il faut bien savoir que l'infection peut s'effectuer et s'effectue, soit avant, soit après ce moment. L'infection peut se produire la tête de l'enfant étant encore dans l'utérus. Des conditions spéciales sont nécessaires pour que la contagion ait lieu dans ces cas : il faut que l'œuf soit ouvert plus ou moins longtemps avant l'expulsion de l'enfant, c'est-à-dire que les membranes soient rompues prématurément.

Je ne puis et ne veux discuter ici le mécanisme suivant lequel se fait la contagion ; est-ce le doigt de l'accoucheur ou de la sage-femme qui porte du vagin dans l'utérus l'agent infectieux ? Est-ce la canule qui sert aux injections ? Est-ce par un autre moyen ? Peu importe. Ce que l'on sait bien, ce qu'il faut savoir, c'est que des enfants ont été, dans les conditions que je viens d'indiquer, infectés *in utero* et présentaient lors de leur naissance tous les symptômes d'une conjonctivite purulente. Ce fait est prouvé par un certain nombre d'observations que je ne puis rappeler, ne voulant pas allonger démesurément ce rapport (1).

---

(1) QUEIREL, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1890. Communication orale, 1901 et *Leçons de clinique obstétricale*, Paris, 1902, p. 185.

Donc, il y a une infection avant la naissance dans le milieu intérieur, le plus souvent vaginal, quelquefois utérin. Quelle que soit la variété, cette infection est dite primitive. Par ce fait seul que l'infection peut se produire quelques instants, quelques heures ou quelques jours avant la naissance, on comprend que les symptômes de l'ophtalmie purulente apparaissent à des moments différents, abstraction faite de la nature et de la virulence de l'agent pathogène.

Mais cette ophtalmie primitive, se produisant dans ces conditions, apparaissant dans les premiers jours qui suivent la naissance, n'est pas la seule. — L'enfant peut naître sain et être infecté après sa naissance, les yeux étant contaminés par le milieu extérieur.

Ce milieu est constitué par tout ce qui touche ou environne l'enfant : air, eau, objets de toilette, vêtements, garde, nourrice, etc.

Cette ophtalmie est dite *secondaire*, et ses symptômes se montrent plus tardivement, du sixième au quinzième jour et plus. Quelques auteurs pensent que, dans ces cas, il n'y a pas ophtalmie secondaire, mais ophtalmie primitive atténuée. Sans nier en aucune façon les infections primitives atténuées, je suis, pour ma part, absolument convaincu de la réalité des ophtalmies secondaires. Et voici pour quelles raisons :

Il m'arrive chaque année de constater le fait suivant : Dans ma clinique, où les soins sont théoriquement donnés d'une façon uniforme à tous les nouveau-nés au moment de leur naissance et après, j'ai cinq salles dans lesquelles les enfants sont lavés, baignés et changés par des nourrices. Eh bien, souvent, le changement de nourrice s'accuse par l'apparition de quelques cas d'ophtalmie. Il est des nourrices non atteintes de blennorrhagie, dont les propres enfants sont sains, et que nous sommes obligés de renvoyer parce que, parmi les enfants qu'elles soignent, on en voit quelques-uns successivement atteints d'ophtalmie. Dès qu'elles sont remplacées par des nourrices plus soigneuses, plus intelligentes, plus dévouées, toute trace d'ophtalmie disparaît. Il y a donc réellement

une infection par le milieu extérieur qui produit l'*ophtalmie secondaire*.

Ce rapide exposé nous permet maintenant d'aborder, en connaissance de cause, l'étude de la prophylaxie.

PROPHYLAXIE

La prophylaxie des conjonctivites purulentes des nouveau-nés consiste à mettre les yeux de l'enfant avant et après sa naissance à l'abri de tout contact avec les agents infectieux. En d'autres termes, il faut faire en sorte que l'enfant soit dans un milieu aseptique, c'est-à-dire privé de tout germe, de tout microorganisme.

Examinons rapidement les différentes méthodes et les différents moyens employés par les accoucheurs pour arriver à ce résultat.

Ainsi que le dit avec juste raison mon maître Tarnier : « Quoi qu'aient imaginé et réalisé dans cette voie les précurseurs de Crédé, il faut reconnaître que c'est à cet accoucheur que revient le très grand mérite d'avoir le premier érigé en loi la nécessité d'un traitement prophylactique de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. En 1879, en effet, après que Neisser eut démontré que le pus conjonctival des nouveau-nés contenait les mêmes microorganismes que les sécrétions vaginales de leurs mères, Crédé formule les bases de cette prophylaxie qui, selon lui, devait avoir un double but : la désinfection des organes génitaux de la mère avant l'accouchement, la désinfection des yeux de l'enfant à la naissance (1). Grâce à la désinfection génitale préalable, on enlève ou on anéantit les gonocoques que l'enfant pourrait rencontrer pendant son passage à travers le vagin et la vulve ; grâce à la désinfection des yeux du nouveau-né, réalisée dès la naissance, on débarrasse ses paupières des microorganismes qui, malgré

---

(1) Crédé, Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen. *Archiv f. Gyn.*, 1881, t. XVII, p. 50.

les injections préventives, ont pu les contaminer pendant la traversée de la filière génitale (1). »

Crédé ne fit d'abord faire que des injections vaginales avec une solution phéniquée ou salicylée chez les femmes atteintes de vaginites ; les ophtalmies diminuèrent, mais restèrent encore fréquentes. Alors il agit directement sur les yeux de l'enfant et leur fit instiller entre les paupières une solution de borate de soude aussitôt après la naissance. Les résultats n'étant pas encore satisfaisants, Crédé fit faire des injections vaginales à toutes les femmes indistinctement et des instillations oculaires à tous les enfants.

Dès le 1er juin 1880 fut instituée dans le service de Crédé la méthode prophylactique de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés de la façon suivante :

Chez toute femme enceinte ou en travail, injections vaginales répétées avec une solution phéniquée ; — chez tout nouveau-né, après le premier bain donné, instillations entre les paupières légèrement écartées d'une goutte de solution de nitrate d'argent à 1 p. 50.

Cette méthode ainsi appliquée fit tomber le nombre des ophtalmies, à la Maternité de Leipzig, de 8 ou 9 p. 100 (moyenne de 1875 à 1880) au chiffre de 0,50 p. 100.

Ces résultats remarquables attirèrent l'attention des accoucheurs, et, presque partout, la méthode préventive de Crédé fut appliquée. Partout les résultats furent très bons, mais on ne tarda pas à reconnaître que la solution de Crédé produisait une cautérisation trop énergique des paupières. Des accidents furent signalés. Dans certains cas, des conjonctivites médicamenteuses simulant des ophtalmies purulentes furent observées. — Aussi, la technique du traitement prophylactique de Crédé ne tarda-t-elle pas à subir des modifications.

Dès 1881, Olshausen proposa d'employer la solution phéni-

---

(1) TARNIER, *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*. Leçons recueillies et rédigées par le Dr J. POTOCKI, 1894, pp. 774 et suiv.

quée à 1 p. 100 en instillations oculaires : le nombre des cas d'ophtalmie ne descend qu'à 3 p. 100.

Schröder employa la solution de sublimé corrosif. Du 1er octobre 1883 au 15 octobre 1884, sur 1.015 nouveau-nés dans les yeux desquels on avait instillé la solution de sublimé à 1 p. 1000, on constata 7 ophtalmies purulentes. Du 15 octobre 1884 au 1er avril 1885, les instillations furent faites à 460 enfants avec une solution cinq fois plus faible à 1 p. 5000 ; il se produisit deux cas d'ophtalmie seulement (1).

Kaltenbach, en 1885, se contenta de faire laver les yeux des nouveau-nés avec de l'eau distillée, et sur 350 cas il n'a pas observé un seul cas d'ophtalmie (2).

Ahlfed, après avoir employé les instillations de solution de nitrate d'argent et, ensuite, les instillations de solution de sublimé, abandonna dès 1887 les instillations antiseptiques et se contenta comme Kaltenbach de faire laver les yeux avec de l'eau pure, mais il fit soigneusement désinfecter le vagin des femmes enceintes ou parturientes, et les résultats observés furent excellents.

Léopold (1887) fait laver, immédiatement après la naissance de l'enfant, les paupières, les angles de l'œil, la racine du nez, les régions sourcilières avec de petits tampons de coton hydrophile trempé dans la liqueur de Van Swieten. Sur 1.000 enfants ainsi soignés, il y a eu 7 cas d'ophtalmie purulente et 15 cas de conjonctivite légère, soit au total 2,20 p. 100.

En 1891, M. Tarnier (3), à la demande de M. le Dr Valude, adopta les insufflations d'iodoforme porphyrisé et s'en déclara encore plus satisfait que des instillations du collyre au nitrate d'argent.

---

(1) Stratz, Sublimat als Prophylacticum bei Blennorheæ neonatorum. *Centralblatt f. Gyn.*, 1885, p. 257.

(2) Nebel, Zur Prophylaxie der ophtalmoblennorrhea neonatorum. *Zeitsch. f. Geb.*, 1888, t. XIV, p. 185.

(3) Tarnier et Potocki, *loc. cit.*, p. 779. — Valude, Prophylaxie des nouveau-nés par l'insufflation de la poudre d'iodoforme. *Annales d'Oculistique*, août 1891.

Depuis que notre collègue Budin a pris la direction de la clinique Tarnier, l'insufflation d'iodoforme a été abandonnée et remplacée par l'instillation d'une solution de nitrate d'argent. Comme beaucoup d'accoucheurs, notre collègue Budin a substitué à la solution de Crédé une solution moins concentrée.

Notre collègue Champetier de Ribes (1), dans son service, fait instiller la solution de nitrate d'argent tantôt à 1 p. 50, tantôt à 1 p. 100, suivie ou non de lavage au permanganate de potasse. Voici les résultats de cette méthode :

	OPHTALMIES purulentes	POURCENTAGE
1896, sur 894 accouchements on a constaté :	15	1,68 p. 100
1897, — 943 — —	7	0,72 p. 100
1898, — 1184 — —	12	1,01 p. 100

Ahlfeld, dans sa clinique de Marburg, a expérimenté le lavage à *l'alcool* comme traitement prophylactique de l'ophtalmie purulente du nouveau-né. Les résultats obtenus ont été consignés par König (2), dans sa dissertation inaugurale. En voici le résumé :

Sur 449 cas traités par l'alcool à 50°, il y a eu 10 conjonctivites médicamenteuses, soit 2,22 p. 100.

De plus, 6 enfants eurent de l'ophtalmie purulente, soit 1,34 p. 100. Dans 4 de ces cas, les phénomènes inflammatoires disparurent au bout de 10 à 15 jours. Dans 2 cas seulement, la maladie dura 30 à 40 jours.

Avec de l'alcool à 70°, le nombre des conjonctivites médicamenteuses s'éleva à 14 sur 271 enfants, soit 5,18 p. 100.

---

(1) *Statistique de la Maternité de Tenon*, par Baron, 1897. — *Statistique de la Maternité de l'Hôtel-Dieu*, par Funck-Brentano, 1898, et par A. Couvelaire, 1899.

M. Champetier fait remarquer que, dans cette statistique, tous les cas de conjonctivite même très bénins sont enregistrés.

(2) König, *Die Anwendung des Alkohols bei der Prophylaxie der Ophtalmoblennorhœæ Neonatorum*. Inaug. Dissertation, Marburg, 1900.

Le nombre des ophtalmies purulentes fut de 4, soit 1,48 p. 100. Un seul de ces cas fut grave (guérison au bout de 44 jours). Dans les autres cas, la guérison survint le 6e, le 7e et le 12e jour.

König termine en disant : un degré plus élevé de concentration de l'alcool paraît déterminer une diminution dans l'intensité et la durée de l'ophtalmie. Il est probable qu'avec l'alcool à 96° on n'observerait plus d'ophtalmies purulentes, mais, en revanche, on constaterait un plus grand nombre de conjonctivites médicamenteuses. Je partage entièrement cette manière de voir.

Mon collègue, le Dr Lepage, accoucheur de la Maternité de la Pitié, a bien voulu me communiquer sa statistique inédite.

A la Maternité de la Pitié, aussitôt après la naissance, on lave les yeux de l'enfant avec de l'eau bouillie tiède, puis on instille une solution de nitrate d'argent à 1 p. 150.

Résultats constatés du 1er février 1898 au 31 mai 1901 :

Sur 1.331 accouchements on observa 10 cas d'ophtalmie, soit 0,75 p. 100, dont 2 avant, 8 après le 4e jour.

Après avoir employé, dès 1882, comme un grand nombre de mes collègues, l'instillation au nitrate d'argent, et après en avoir constaté aussi les inconvénients, j'eus recours à d'autres agents. C'est ainsi que j'employai successivement la solution de *biiodure de mercure* à 1 p. 4.000, le *jus de citron*, la solution d'*acide citrique* à 5 p. 100, la solution de *permanganate de potasse* et, tout récemment, *la solution d'aniodol* (1).

Voici les résultats obtenus :

---

(1) Voir *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, publié par le Dr Lepage, années 1890, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, par Lepage et Mouchette, 1899 ; la statistique de 1901 va paraître dans quelques jours.

Je dois faire remarquer que, si le nombre d'accouchements par année diffère de celui porté à la statistique générale, c'est que je ne donne ici, pour chaque année, que le nombre de femmes accouchées d'enfants vivants et ayant vécu.

Clinique Baudelocque.

Jus de citron.

ANNÉES	NOMBRE d'enfants vivants.	NOMBRE des cas d'ophtalmies purulentes.	POURCENTAGE
—	—	—	—
1890	1.151	27	2,35
1891	1.571	13	0,83
1893	1.736	21	1,20
	Acide citrique.		
1892	1.833	24	1,80
1894	2.043	38	1,86
1895	1.957	19	0,97
1896	2.161	17	0,78
1897	2.162	27	1,25
1898	2.165	11	0,52
1899	2.358	25	1,06

ANNÉES	NOMBRE DE CAS D'OPHTALMIE CONSTATÉS		TOTAL
	pendant les 4 premiers jours.	après le 4e jour.	
—	—	—	—
1890	21	6	27
1891	11	2	13
1892	17	4	21
1893	12	12	24
1894	19	19	38
1895	6	13	19
1896	11	6	17
1897	16	11	27
1898	9	2	11
1899	9	16	25
	131	91	222

En présence des résultats remarquables obtenus par l'emploi des lavages avec la solution de permanganate de potasse dans le *traitement curatif* de l'ophtalmie purulente, je pris la détermination d'employer la même solution comme *traitement* prophylactique.

Du 10 novembre 1900 au 25 juin 1901, tous les enfants n
à la clinique Baudelocque ont eu, immédiatement après
naissance, les yeux lavés d'abord avec une solution savo
neuse, puis ensuite avec une solution de permanganate
potasse à 1 p. 1.000.

Voici quels ont été les résultats constatés :

NOMBRE D'ENFANTS du 25 novembre 1900 au 25 juin 1901	NOMBRE de cas d'ophtalmies.	Pourcenta
—	—	—
Sur 1.316 enfants.	23	1,4 p. 100

Sur ces 23 cas d'ophtalmies :

7 se déclaraient dans les 4 premiers jours.
16 se déclaraient après le 4e jour.

Depuis le 25 juin, j'ai substitué à la solution de permang
nate de potasse la solution d'aniodol.

Pour en finir avec ma statistique personnelle, je tiens
insister sur ce fait que tous les cas de conjonctivite légèr
bénigne ou grave ont été consignés.

Le *traitement curatif*, exclusivement employé depuis 189
consiste dans l'irrigation des conjonctives avec une soluti
de permanganate de potasse, irrigation faite à l'aide de l'e
tonnoir laveur du Dr Kalt.

Quand les cas sont graves, ils sont signalés au Dr Ka
médecin de la clinique nationale ophtalmologique des Quin
Vingts, qui, avec un dévouement et un empressement do
je ne saurais trop le remercier, vient prendre la direction
traitement. Quand les enfants ne sont pas complèteme
guéris au moment où les mères quittent la clinique Bau
locque, ils sont dirigés sur les Quinze-Vingts, où le Dr K
continue le traitement.

La statistique du pavillon d'isolement des Quinze-Vin
vient donc compléter la nôtre.

En les compulsant, on peut constater que tous les enfa
atteints d'ophtalmie, traités par nous ou le Dr Kalt, ont gué

Un seul, en 1890, atteint d'une ophtalmie purulente double, à marche foudroyante, comme on en observe malheureusement quelquefois, eut une double perforation des cornées en moins de vingt-quatre heures.

En somme, toutes les statistiques étrangères et françaises, celles de mes confrères comme les miennes, donnent la preuve que, malgré tous les efforts faits, malgré toutes les méthodes techniques appliquées, malgré les nombreux et divers agents microbicides employés, on observe encore à l'heure actuelle des cas d'ophtalmies purulentes.

Les lambeaux de statistique seuls sont indemnes de tout cas d'ophtalmie ; les statistiques complètes, intégrales et de longue durée, en renferment toutes.

Le permanganate de potasse, que j'ai mis en œuvre pendant six mois dans mon service d'accouchements, ne s'est pas montré, d'une façon générale, supérieur aux autres agents médicamenteux. Si le nombre des cas d'ophtalmie primitive a paru légèrement diminué, le nombre des cas d'ophtalmie secondaire a été plus considérable, de sorte que le nombre total d'ophtalmies a été sensiblement le même que précédemment.

D'après cet exposé, que peut-être vous avez trouvé trop long, mais que j'ai cru nécessaire de faire, pour juger en connaissance de cause la question si importante qui nous est posée, on peut constater que l'application des méthodes antiseptiques a produit le même résultat aussi bien dans les infections oculaires des nouveau-nés que dans les infections puerpérales maternelles.

Par elle, les cas d'infection ont été réduits chez les mères et les enfants dans les mêmes proportions : de 10 à 14 p. 100 (moyenne de la période préaseptique), les infections puerpérales maternelles, comme les infections oculaires fœtales, sont tombées en moyenne à 1 p. 100 et au-dessous.

Ces chiffres sont assez éloquents pour que je n'aie pas à insister sur l'importance du progrès réalisé.

Mais aussi, *quelle que soit la méthode appliquée, quel que soit l'agent médicamenteux employé*, on voit encore aujour-

d'hui, dans toutes les maternités, des cas d'infection puerpérale, comme on voit des cas d'ophtalmie purulente.

Et cela ne doit pas étonner et n'étonne pas les véritables cliniciens.

Car ils savent que, non seulement l'agent pathogène n'est pas toujours le même, ne possède pas toujours une égale virulence ; mais encore ils savent le rôle important joué par le terrain. On connaît aussi bien aujourd'hui les aptitudes à la réceptivité des infections puerpérales créées chez les mères par l'albuminurie et les hémorragies, que celles qui existent chez les prématurés, — surtout ceux qui sont placés dans les couveuses, — pour les infections oculaires.

Puis, ne sait-on pas combien l'exécution constante et parfaite d'une technique est difficile à réaliser dans la pratique ? S'il ne suffit pas de posséder une toile, des pinceaux et des couleurs pour faire de la peinture, il faut aussi plus que des agents antiseptiques pour faire de l'antisepsie.

Le *modus faciendi* a une telle importance que telle personne employant de l'eau pure aura au point de vue de la prophylaxie des infections oculaires des résultats supérieurs à telle autre qui emploiera la solution de nitrate d'argent, ou la solution de permanganate de potasse (1).

Enfin, si j'ajoute qu'un certain nombre de femmes comme un certain nombre d'enfants sont déjà en proie à l'infection avant tout traitement, on comprendra, je pense, pourquoi il y a encore des cas d'infection chez les mères et chez les enfants ; on comprendra aussi combien la connaissance du traitement curatif est nécessaire pour tout médecin.

Il résulte de ce qui précède et de ce que nous savons d'autre part :

1° Qu'il n'y a pas une ophtalmie, mais bien des ophtalmies

---

(1) Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité, ayant elle-même soigné les yeux des nouveau-nés avec de l'eau pure, pendant un temps donné, n'observa pas un seul cas d'infection pendant cette période.

purulentes des nouveau-nés, toutes d'origine infectieuse et de nature contagieuse;

2° Que, si l'ophtalmie purulente est causée le plus souvent par le gonocoque, elle peut naître sous l'influence d'autres agents microbiens;

3° Que l'infection des conjonctives peut se produire *avant la naissance* — le plus souvent dans le vagin, mais quelquefois aussi dans l'utérus, — ou *après la naissance*; d'où les ophtalmies dites *primitives* et *secondaires* ;

4° Que *théoriquement*, le traitement prophylactique idéal consisterait à placer les yeux de l'enfant à l'abri de tout agent infectieux, et cela depuis le moment où l'œuf humain est ouvert jusqu'après le vingtième jour au moins à partir de la naissance ;

5° Que *pratiquement* l'emploi des différentes méthodes antiseptiques, visant à obtenir l'asepsie de l'appareil génital maternel avant l'accouchement, et de l'appareil oculaire fœtal au moment de la naissance et dans les trois semaines au moins qui la suivent, a fait diminuer le nombre des ophtalmies purulentes des nouveau-nés dans des proportions considérables, sans toutefois la faire disparaître complètement, *quel que soit l'agent médicamenteux* employé ;

6° Que le traitement prophylactique et curatif se montre d'autant plus puissant qu'il est appliqué plus tôt.

Ceci établi, notre tâche devient plus facile pour répondre à la question qui nous est posée. Le permanganate de potasse constitue-t-il un remède souverain contre l'ophtalmie purulente, et doit-on en rendre l'usage obligatoire pour toutes les sages-femmes ?

Les statistiques et les considérations qui précèdent nous permettent de donner une conclusion absolument négative.

Pour répondre fructueusement aux intentions de notre confrère le Dr Pédebidou et à celles du Sénat tout entier, d'autres mesures sont à proposer.

Tout d'abord, il doit être bien établi que, si le traitement prophylactique des ophtalmies purulentes peut être appliqué

par tous les médecins et par toutes les sages-femmes, le traitement curatif appartient exclusivement aux médecins.

Au point de vue prophylactique, ce n'est pas en rendant *obligatoire* l'usage de la solution de nitrate d'argent, comme on l'a fait en Prusse, ou l'usage du permanganate de potasse, comme on voudrait le faire en France, qu'on arrivera à diminuer le nombre des aveugles.

On arrivera à ce résultat :

1° Quand tous les médecins et toutes les sages-femmes sauront appliquer les méthodes antiseptiques de façon à obtenir l'asepsie, et cela pendant la durée nécessaire ;

2° Quand personne n'ignorera les dangers des ophtalmies purulentes des nouveau-nés ;

3° Quand tous les cas d'ophtalmie seront soignés dès le début, et bien soignés.

Les réformes récentes concernant l'enseignement obstétrical des médecins et des sages-femmes répondront certainement par la suite au premier desideratum.

Une courte notice sur les symptômes et les dangers des ophtalmies, donnée avec chaque acte de naissance, la déclaration obligatoire et immédiate de toute ophtalmie, répondront au second.

La création de médecins ophtalmologistes dirigeant le traitement curatif dans toutes les *Maternités* et enseignant aux élèves-médecins et sages-femmes la manière de l'appliquer, répondra au troisième.

Ainsi, pour ces raisons, nous vous soumettons les conclusions suivantes :

L'Académie de médecine juge inutile d'adresser aux sages-femmes une circulaire pour leur rappeler qu'il existe un remède souverain contre l'ophtalmie purulente, — et, pour faire diminuer dans l'avenir le nombre des aveugles, propose au Gouvernement :

1° De faire distribuer dans toutes les mairies, avec l'acte de naissance, une courte notice indiquant les causes, les symptômes et les dangers des ophtalmies des nouveau-nés ;

2° De prendre des mesures pour que la déclaration immédiate des ophtalmies purulentes soit faite dans tous les cas et partout en France ;

3° D'attacher à toutes les maisons d'accouchements (cliniques et maternités) des médecins ophtalmologistes, chargés de diriger le traitement curatif des ophtalmies purulentes et de l'enseigner aux élèves-médecins et sages-femmes.

LES KYSTES PLACENTAIRES
SOUS-CHORIAUX

Par **M. Pitha**
Privat-docent à l'Université tchèque de Prague.

Depuis longtemps déjà les kystes placentaires ont attiré l'attention des auteurs. Ils nous signalent l'existence de formations kystiques siégeant sur la face fœtale du placenta et étiquetées sous différents noms : kystes séreux, kystes hydatiformes, kystes muqueux, pseudomuqueux, etc.

J'ai eu l'occasion d'observer plus de 40 kystes plus ou moins volumineux développés sur 26 placentas, et je peux dire que ces formations kystiques sur la face fœtale du placenta ne sont point chose rare. Il suffit d'avoir l'attention attirée sur ce point pour en trouver presque dans 1/5 des cas.

Ces kystes sont placés constamment sous le chorion. L'aspect à l'œil nu des kystes examinés par moi s'accorde parfaitement avec celui qu'ont donné : Spaeth-Wedl (1850), Scanzoni (1853), Jacquet (1871), Ahlfeld (1876), Fenomenow (1880), Barnes (1884), Allan C. Sym (1888), Ehrendorfer (1893), Peiser (1899), de Jong (1900).

Quant à l'interprétation des images microscopiques de ces kystes et quant à la pathogénie de ces formations kystiques, le plus grand désaccord règne parmi les auteurs.

Je me bornerai à exposer ce que j'ai vu et à essayer de tirer de mes examens une explication pathogénique de la production des *Kystes placentaires sous-choriaux*, les seuls que j'ai étudiés.

Je renvoie pour la partie historique et critique de la question à mon mémoire : *O Cystach Placentarnich* (Prague, 1901).

Je n'insisterai pas sur les caractères macroscopiques de ces kystes. Ils sont classiques. Je me contenterai de donner la

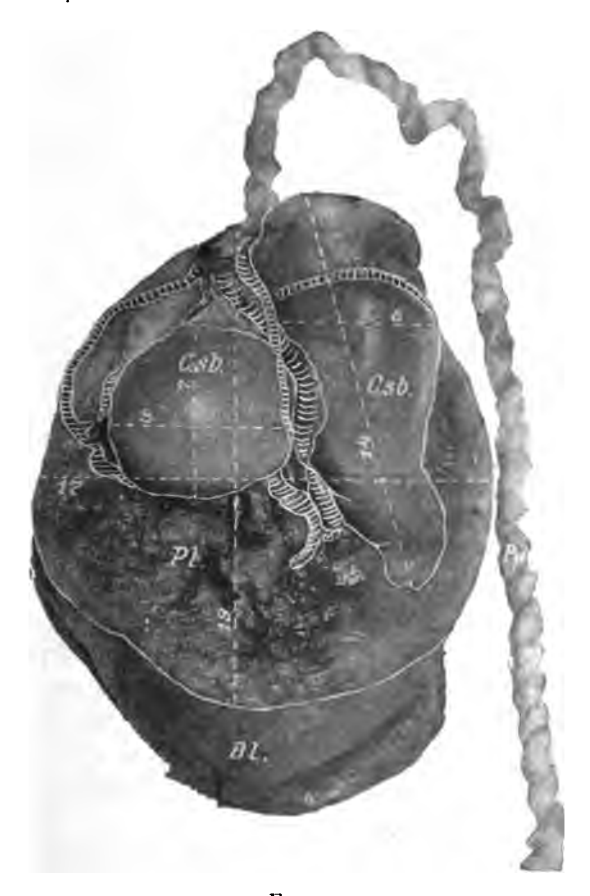


Fig. 1.
Pl, placenta; — *Bl*. membranes: — *Pu*. cordon ombilical; — *Csb*, kyste sous-chorial.

relation sommaire d'une des plus belles pièces étudiées par moi, pièce qui est représentée fig. 1.

C'est le plus grand de tous les kystes que j'ai recueillis. Il se trouvait sur un placenta de forme ovoïde (diamètres 19 × 17 centi-

mètres) dont la plus grande moitié de la surface fœtale était occupée par une formation kystique bilobée. L'un des lobes se présentait comme un kyste indépendant, plus petit, à contour circulaire dont les diamètres étaient de 8 × 7 centimètres et dont la hauteur était de 3 centimètres. Tout près de ce petit kyste se trouvait l'autre plus grand, qui s'étendait sur presque toute la moitié du placenta et avait la forme d'une poire oblongue. Il avait 14 centimètres de longueur, 6 centimètres dans la plus grande largeur; sa hauteur était de 4 centimètres.

Ces deux kystes étaient séparés l'un de l'autre par un sillon profond où cheminaient des vaisseaux dilatés sous lesquels se trouvait une large communication entre les deux kystes : quand on inclinait le placenta d'un côté, une partie du contenu s'écoulait d'un kyste dans l'autre; ce dernier devenait plus tendu, alors que la paroi de l'autre était affaissée.

Par-dessus le grand kyste, courait en travers un gros vaisseau, traçant sur ce long kyste une sorte de sillon diagonal. Sur le petit kyste également, on voyait une branche d'une artère et une veine assez grosse qui couraient dans la paroi du kyste.

La base de ces formations kystiques avait des diamètres plus petits que la surface libre des kystes eux-mêmes, de sorte que les parois des kystes étaient surplombantes.

La circonférence du placenta entier était de 31 centimètres. L'insertion du cordon était marginale près du sillon qui séparait les deux poches kystiques. — L'amnios au-dessus du kyste était partout mobilisable. Déjà de la particularité que les vaisseaux cheminaient sur les kystes il résultait évidemment que leur siège était sous le chorion fibreux, là où les grands vaisseaux courent avant de se ramifier.

Après avoir dessiné et photographié le placenta, nous avons vidé le kyste et retenu le contenu, qui pesait 200 grammes.

Le contenu du kyste était un liquide plutôt séreux, dans lequel nageaient de nombreux flocons fibrineux.

L'examen chimique de ce liquide du kyste fut fait à l'institut chimique de M. le professeur Horbaczewski, que je tiens à remercier. En voici les résultats :

Liquide incolore, troublé, opalescent, avec un sédiment abondant, suspendu en forme de grumeaux menus ou gros.

Le liquide séparé du sédiment s'est précipité par les acides azotique, acétique, carbonique. Bouilli avec l'acide chlorique, il réduisait la solution de Fehling. Le sédiment présentait toutes les réactions de l'albumine. Il ne se dissovait dans les acides que difficilement. Dans la potasse il se dissolvait avec plus de facilité. Avec le suc gastrique, il s'est dissous en un liquide très troublé. Bouilli avec l'acide chlorique, il donna une matière qui réduisait la solution de Fehling.

Au fond du kyste se trouvait un dépôt abondant, floconneux, et toute la base était occupée par une couche homogène clair jaunâtre, qui présentait sur la coupe un aspect pareil à celui des soi-disant infarctus placentaires.

*
* *

J'arrive maintenant aux résultats généraux de mes examens microscopiques.

Je n'ai constaté sur l'amnios soulevé au-dessus des kystes aucune dégénérescence graisseuse de l'épithélium amniotique. Les cellules amniotiques sont très bien conservées. La couche du tissu fibreux de l'amnios n'est amincie que sur les grands kystes.

Le tissu conjonctif du chorion, le stroma conjonctif des villosités ne présentent aucune lésion indiquant une hyperplasie. Ces parties ont un aspect tout à fait normal. Quand elles sont modifiées, elles sont le siège de changements régressifs par suite de la pression effectuée sur leurs vaisseaux. La couche cellulaire de Langhans n'est conservée que sur la partie du chorion fibreux soulevée par le kyste ; mais nulle part nous ne trouverons sur elle de changements hypertrophiques, de mitoses ou de transformation myxomateuse; au contraire, elle a son aspect régulier. C'est seulement sur les grands kystes que nous constatons par places son interruption : elle ne suffirait pas en effet à recouvrir le chorion, fibreux, vu le prompt développement du kyste et le soulèvement considérable du chorion dans la direction de la cavité de l'œuf.

Voyons maintenant la constitution de la base du kyste. Cette base présente les mêmes changements que dans les « INFARCTUS » : nous y trouvons des villosités à différents degrés de nécrose par pression. De plus nous trouvons partout de la fibrine en abondance, et, dans la fibrine sont disséminées, isolément ou en groupes, des

cellules déciduales de la sérotina, et la base du kyste est formée surtout par ces cellules-là.

En examinant les parties voisines, le long du kyste, sous le chorion fibreux, nous trouverons les mêmes images, seulement le processus se présente avec une bien moins grande intensité. Ceci est à voir avec une exactitude particulière sur la figure 4, qui représente une



Fig. 2 — Kyste sous-chorial microscopique au voisinage d'un grand kyste.

coupe du placenta au niveau de la plaque de Winkler et sur laquelle plusieurs kystes se présentent ensemble. Nous trouvons ici sous le chorion fibreux des groupes agglomérés de cellules déciduales en îlots et, autour d'eux, une couche épaisse de fibrine.

Des constatations semblables ont déjà été faites par Bloch, Steffeck, Eckhardt, Ackermann, von de Franqué, qui ont trouvé, eux aussi, sur les placentas à terme, que les travées sérotinales atteignent dans toutes les directions possibles le chorion fibreux. Là où les villosités se greffent sur les parties

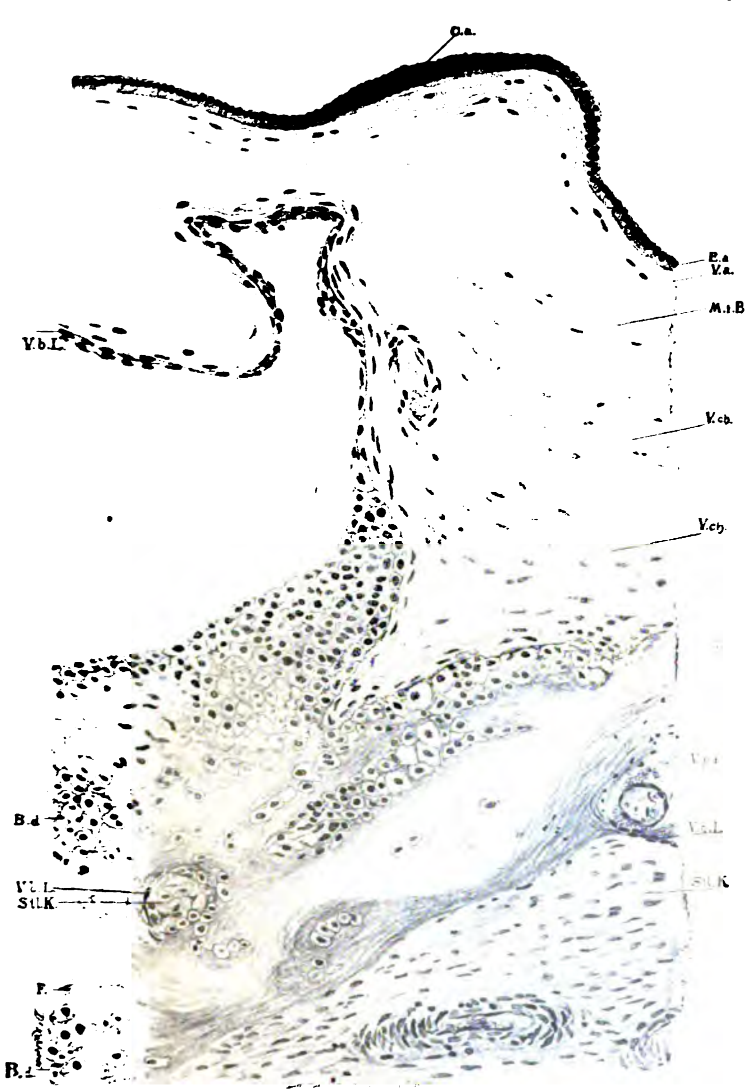


FIG. 3. — Partie droite de la fig. 2 à un plus fort grossissement.

sérotinales, les cellules de la couche de Langhans se confondent avec les cellules déciduales, le stroma conjontif et vascu-

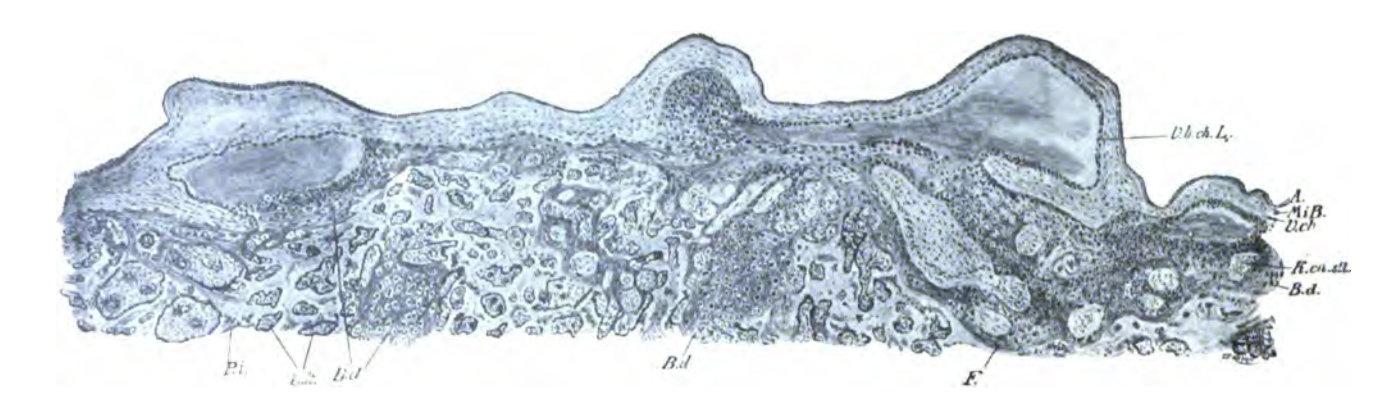


FIG. 4. — Kystes sous-choriaux microscopiques au voisinage d'un grand kyste.

Légende commune aux figures 2 3, 4.

A. Amnios.
Ea. Epithélium amniotique.
Ca. Carunculæ amnii
Va. Tissu conjontif de l'amnios.
C. Kyste.
Mib. Membrane intermédiaire de Bischoff.
V.ch. Tissu conjonctif du chorion.
V.b.ch.L. Couche cellulaire.
Zk. Cellules desquamées.
K.ch.stl. Villosités choriales pressées les unes contre les autres.
F. Fibrine.
Pi. Espace intervilleux.
V.k. Villosités libres.
Bd. Cellules déciduales.
V.b.L. Couche cellulaire de Langhans.

laire des villosités se trouvant enveloppé par les couches de cellules déciduales. Les îlots proliférés du tissu décidual, qui sont parvenus jusque sous le chorion fibreux, subissent plus tard des changements régressifs par défaut de nutrition, et autour d'eux se dépose de la fibrine, qui s'infiltre même entre les cellules. Nous pensons que la fibrine est le produit de ces cellules déciduales. Nous pensons également que ces dépôts de fibrine se trouveront dans les points où la circulation dans les espaces intervilleux est ralentie et où les îlots du tissu décidual, éloignés de leur matrice, subissent des métamorphoses régressives. Que ces modifications se produisent au niveau d'un de ces îlots de tissu décidual sous-chorial, il arrivera que les dépôts de fibrine autour des villosités amèneront l'accolement de nombreuses villosités. D'autre part, une matière liquide ressemblant à la fibrine sécrétée par les cellules déciduales, s'accumulant dans la direction de la couche de Langhans de la lame choriale sous-amniotique, séparera le chorion fibreux soulevé par le liquide d'avec le bloc de cellules déciduales entouré de fibrine qui forme le fond de la formation kystique.

Le fond du kyste est ainsi constitué comme un « infarctus », tandis que sa voûte est constituée par le chorion fibreux revêtu par la couche cellulaire de Langhans, soulevé par les produits des cellules déciduales. Le contenu de cette formation kystique est d'abord clair, il se trouble à mesure que de la fibrine se trouve produite en quantité plus considérable dans la cavité du kyste. L'augmentation du contenu du kyste et la croissance du kyste s'accompagnent de la desquamation des cellules déciduales, et bientôt la base du kyste ne sera plus formée que par une forte couche de fibrine, englobant des villosités qui, étranglées par les masses de fibrine, présentent tous les degrés de la nécrose par pression. Nous trouverons donc que la base des gros kystes est formée seulement par la fibrine et par les villosités atrophiées, c'est-à-dire par ce que l'on nomme un infarctus placentaire. Mais sur la partie soulevée du chorion fibreux nous trouverons tou-

jours encore le revêtement cellulaire. et cela même sur l kystes de grandes dimensions.

Nous nous expliquons ainsi avec facilité l'existence d'u grand nombre de ces kystes sur le même placenta. Les nor breux îlots disséminés des travées sérotinales. qui arrive normalement sous le chorion fibreux. peuvent être le siège d mêmes altérations. Selon leur importance. leur étendu variera la grandeur des kystes. de sorte que nous pouvoi trouver. à côté de petits kystes microscopiques, des kyst énormes analogues à ceux de la figure 1. Nous pouvoi nous expliquer aisément aussi que. sous le chorion fibreu des kystes voisins s'accolent. communiquent ensemble. pr duisent en croissant le soulèvement des grands vaisseaux q parcourent le chorion. Le fait que nous trouvons justemer sous les gros vaisseaux choriaux de tels kystes sera dû à c que les extrémités des prolongements déciduaux vienner s'accoler au chorion dans les points correspondant à la bas des gros troncs villeux.

Nous appuyant sur les faits que nous avons constaté nous pourrons aussi nous expliquer avec facilité pour quell raison on peut trouver dans les kystes un contenu clai trouble, sanguinolent ou même hémorrhagique. Les petit kystes ont *toujours* un contenu absolument clair. Quand l kyste a augmenté de dimensions et que sur la base du kyst sont apparus les mêmes changements que dans les infarctus on trouve dans le contenu des kystes des flocons de fibrine e même des blocs entiers de villosités nécrotiques et des débri de cellules déciduales. Lorsque les villosités se soudent a fond du kyste sur une large étendue en même temps qu peut se trouver englobée une partie des espaces intervilleux où se trouvent les globules du sang la matière colorant du sang suinte, à travers les dépôts de fibrine. jusque dan la cavité du kyste. Il en résulte une coloration brun rou geâtre sanguinolente d'un contenu auparavant clair ou mêl de flocons fibrineux. Il faut encore dans ces gros kystes te nir compte de l'épaisseur de cette couche basale. formée pa

le bloc de fibrine englobant villosités et parties déciduales. Si cette couche crève pendant le travail sous l'influence des contractions utérines, il y aura communication entre la cavité du kyste et les espaces libres intervilleux, le sang fera irruption dans le kyste et s'y coagulera. Voilà pourquoi nous voyons de gros kystes à parois tendues, remplis de caillots récents, comme nous en avons observé un bel exemple.

D'après nos recherches microscopiques, nous arrivons donc à une opinion différente de celles défendues jusqu'à l'heure actuelle. Nous pensons que les kystes placentaires sous-choriaux sont un phénomène tout à fait banal sur la face fœtale du placenta. Leur développement est causé par les modifications qui se produisent au niveau des prolongements sous-choriaux du tissu sérotinal. Autour de ces parties sérotinales, qui sont parvenues jusque sous le chorion fibreux, il se produit des dépôts de fibrine qui amènent la soudure de nombreuses villosités choriales. Les parties déciduales séparées de cette façon produisent un liquide séro-mucineux, qui soulève le chorion fibreux, tandis que sur la base du kyste des changements régressifs ont lieu, portant à la fois sur les parties déciduales et sur les parties choriales. De ces changegements régressifs résulte la formation d'un « infarctus blanc » au-dessus duquel nous trouverons le kyste.

Ces kystes ne sont donc pas dus aux infarctus, mais ils ont une origine semblable. Leur mode de formation est identique. La seule différence réside dans l'évolution du processus : lorsque le bloc que constituent les villosités soudées avec les parties déciduales et la fibrine reste dans une connexion étroite avec le chorion fibreux, nous aurons devant nous un « infarctus blanc placentaire superficiel ». Lorsque cette connexion sera rompue par la production d'un liquide excrété par les cellules déciduales et son accumulation entre le chorion fibreux et le bloc déciduo-chorio-fibrineux, nous aurons un kyste placentaire sous-chorial.

Opération césarienne, suivie de l'ablation complète de l'utérus et des a nexes, avec issue heureuse pour la mère et pour l'enfant. Interventi pendant le travail à terme, nécessitée par une atrésie cicatriciel du vagin survenue au cours de la grossesse (1).

Par **E. Lévêque,**
Médecin de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Le 25 *septembre* 1900, vers 10 heures du soir, était admise dan mon service de chirurgie une jeune femme de 26 ans, Marie R. Elle est amenée à l'hôpital se plaignant de douleurs atroces occa sionnées par une injection vaginale d'acide sulfurique, qu'elle reçue quelques heures auparavant.

Appelé immédiatement, je constate des brûlures assez pro fondes intéressant toute la vulve, le vagin, le périnée, l'anus e une grande partie du siège.

Pendant qu'on prépare le pansement, un interrogatoire som maire de la malade nous apprend qu'elle est enceinte, primigeste et qu'elle est au cinquième mois de sa grossesse.

Les examens ultérieurs ne laissèrent aucun doute à cet égar et permirent de constater que le fœtus était vivant. Les dernière règles dataient du 12 *mai*, jour de son mariage. Les règles pré cédentes avaient paru en avril, après une suppression qui avai duré plus de deux ans. Menstruation toujours très irrégulièr auparavant ; bonne santé habituelle.

---

(1) Un remarquable rapport *résumant* cette observation a été fait à la *Société de chirurgie* par M. le professeur agrégé Delbet, séance du 29 mai 1901 : « Hystérectomie abdominale totale post-césarienne pour rétrécissement du vagin. »

La communication avait été faite à la séance du 17 avril (*Bull. de la Soc. de chir.*, pages 393, 596 et suiv.).

Voir la thèse de mon ancien interne, M. Huchon : *Étude des atrésies vaginales et de leur rapport avec la grossesse*, mai 1901, Paris.

On fit aussitôt le nécessaire pour soulager la malade et pour conserver la perméabilité du méat urinaire et de l'orifice anal. Quant au vagin, il était trop œdématié et le siège d'une douleur trop vive pour que l'on pût songer à lui appliquer un traitement local. Dans les jours qui suivirent, de grands bains améliorèrent son état et atténuèrent les douleurs qui persistaient et qui se continuèrent d'ailleurs pendant longtemps encore.

Plus tard, l'orifice vaginal, grisâtre comme toutes les surfaces atteintes par le caustique et devenues le siège d'eschares, parut entièrement obstrué par une sorte de putrilage également grisâtre, formé de débris sphacélés en voie d'élimination. Ce n'est qu'après un temps fort long que les bains finirent par déterger cette plaie.

On put voir alors que l'orifice du vagin était comme oblitéré par l'accolement de son tubercule à la paroi postérieure. Un instrument mousse réussit facilement à les séparer et permit l'introduction de petites mèches de gaze ; ce qui, d'ailleurs, fut fait avec une extrême précaution, pour éviter toute perforation des parois amincies. Celles-ci, fort heureusement, n'avaient pas été mortifiées dans toute leur épaisseur, car on n'avait pas jusqu'alors constaté de fistules urinaires ou fécales. Mais le tissu de cicatrice qui tapissait entièrement le canal vaginal n'en continua pas moins à subir le travail habituel de la rétraction inodulaire ; et voici ce que l'on observa dès que la diminution de la sensibilité permit d'examiner l'intérieur du vagin.

Celui-ci, dans toute la partie qui a été atteinte par le caustique, est considérablement rétréci ; et, si l'on écarte quelque peu ses parois, sa cavité auparavant virtuelle représente celle d'un petit cône creux allongé, aplati d'avant en arrière et dont le sommet remonte à peu près au tiers supérieur du vagin. Le fond ou sommet de ce cône se trouve complètement oblitéré ; au moyen de l'hystéromètre, on parvient, non sans quelque peine, à perforer en ce point une cloison cicatricielle assez épaisse, et on dilate l'ouverture avec une sonde de Bozeman. Au delà de cette cloison, on perçoit l'existence d'un court espace où le bec de la sonde se meut librement. Un drain en croix, laissé à demeure, bien qu'il fût souvent expulsé de la plaie, a pu maintenir béant l'orifice de cet infundibulum et a permis un faible écoulement de sécrétions jusqu'au terme de la gestation. La vulve et le périnée sont pro-

fondément déformés par la rétraction, et les fesses présentent des chéloïdes cicatricielles, qui s'ulcèrent avec une grande facilité.

En présence de lésions multiples aussi prononcées, on ne pouvait espérer un accouchement par les voies naturelles ; il aurait même été impossible, à aucun moment de la grossesse, d'extraire par fragments le fœtus qu'on eût sacrifié ; aussi pensai-je que le seul parti à prendre était de laisser la grossesse aller à terme et d'intervenir par la voie abdominale quelques jours avant l'époque présumée de l'accouchement.

Il est remarquable que pendant tout ce temps, qui s'écoula depuis l'accident jusqu'à la fin de la grossesse, cette femme, malgré un repos à peu près continuel au lit, ne cessa d'éprouver des douleurs abdominales ; et celles-ci se montraient chaque jour, avec des intermittences fréquentes et souvent avec assez d'intensité pour nécessiter l'emploi de la morphine en suppositoires ou en injections sous-cutanées. Ces sortes de crampes, qui coïncidaient avec un spasme apparent et assez prolongé de l'utérus et des muscles abdominaux, ont fait craindre plus d'une fois le commencement d'un travail anticipé. Au cours des accès, surtout à leur paroxysme, la contraction des muscles abdominaux et probablement pelviens était assez puissante pour déterminer l'expulsion involontaire de l'urine. Quelle était la cause de ces accès douloureux ? Faut-il accuser l'influence d'actions réflexes, dont les lésions génitales et anales étaient le point de départ ? Le fait est très vraisemblable.

Dans de pareilles conditions, la malade s'alimente fort peu et s'anémie de plus en plus ; les garde-robes, qu'on obtient tous les deux jours à l'aide de lavements, s'accomplissent péniblement avec une extrême lenteur et avec des douleurs abdominales et anales prolongées. La grossesse poursuit néanmoins son cours, sans autre incident plus fâcheux et sans que le développement du fœtus, toujours vivant, paraisse en souffrir. Traces d'albumine dans les urines.

Malgré mon intention bien arrêtée, afin d'éviter toute sur-

prise, de ne pas attendre tout à fait jusqu'au terme pour intervenir, je fus néanmoins surpris par le travail, qui commença précisément la veille du jour que j'avais fixé pour l'opération.

Le 9 *février* 1901, vers une heure du matin, parurent des contractions utérines douloureuses d'une intensité croissante et telle qu'on pouvait songer cette fois à un réel début du travail. On eut d'abord quelque doute sur leur nature, mais il fallut bientôt se rendre à l'évidence. Après un examen que je pratiquai vers 7 heures du matin, je résolus de procéder, sans plus tarder, à l'opération césarienne et de la faire suivre de l'hystérectomie totale, sinon subtotale.

Tout ayant été préparé, on commence l'anesthésie à 10 heures du matin, et je suis assisté par M. Huchon, interne du service. Un moment après, la toilette de l'abdomen est faite, mais non celle du vagin qui est impossible.

La vessie est évacuée ; un cathéter métallique y est introduit et maintenu pendant toute la durée de l'acte opératoire, pour indiquer la situation du réservoir urinaire et permettre ainsi de l'éviter.

La malade est mise en position renversée; et, placé à sa gauche, je fais sur la ligne blanche une incision longitudinale qui, commençant près du pubis, va se terminer à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Dès que l'abdomen est ouvert, deux pinces-érignes sont appliquées, une de chaque côté, sur les lèvres de l'incision, pour empêcher la rétraction du feuillet péritonéal et pour servir, au besoin, d'écarteurs. Des compresses aseptiques préservent l'intestin et l'épiploon, qui, descendus vers le diaphragme, laissent l'utérus dégagé de toute interposition et directement en contact avec la paroi abdominale.

L'utérus, naturellement fort incliné à droite, est redressé par mon aide et présente bien maintenant sa face antérieure, que j'incise *in situ* et de la façon suivante. Exactement sur la ligne médiane de cette face, au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, je fais au bistouri une petite boutonnière longitudinale, de 2 centimètres à peine, n'intéressant que la séreuse. Du bout de l'index gauche, introduit entre les lèvres de cette boutonnière, je n'éprouve aucune difficulté à perforer la paroi du segment infé-

rieur de l'utérus et à déchirer celle-ci jusqu'à l'anneau de contraction, par conséquent dans une faible étendue. A ce niveau, le muscle devient très résistant ; et, sur ce même doigt laissé dans la cavité utérine, rapidement j'achève aux ciseaux de fendre la paroi antérieure jusqu'au fond. L'incision, bien médiane, tombe sur les membranes qui sont divisées en même temps ; elle ne donne lieu à aucune hémorrhagie et n'exige donc l'application d'aucune pince.

La brèche ainsi créée s'ouvre d'elle-même largement et permet l'extraction aisée d'un enfant bien portant, dont je sectionne le cordon entre deux pinces. Le muscle utérin, se rétractant, revient immédiatement sur lui-même ; je décolle et enlève aussitôt le placenta. Après cette évacuation, le volume de l'utérus se trouve considérablement diminué : ce qui permettra une évolution plus commode pour ce qui reste à faire dans la cavité pelvienne, c'est-à-dire pour l'ablation de l'utérus et des annexes.

Il suffira d'énumérer les différents temps exécutés dans cette opération complémentaire.

Section, entre deux solides ligatures au catgut, de chaque pédicule vasculaire utéro-ovarien, en dehors des annexes.

Même traitement du ligament rond et de son artère, sectionnés à 3 centimètres environ du bord de l'utérus.

Au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, incision transversale du péritoine, allant d'un bord à l'autre de l'utérus et croisant par conséquent l'origine de l'incision longitudinale et médiane de l'hystérotomie.

Après avoir décollé la vessie, je pénètre directement dans le vagin, d'un coup de ciseaux qui prolonge de ce côté cette incision médiane et longitudinale, c'est-à-dire la section césarienne. Ainsi se trouve complétée l'hémisection antérieure de l'utérus. On a devant les yeux et sous le doigt la cavité cervicale et la vaginale, celle-ci bien entendu dans sa partie supérieure seulement. Malgré cela il est difficile de les distinguer l'une de l'autre ; car le col, entièrement effacé, a disparu et les deux cavités, sans ligne de démarcation apparente, ne forment [illegible] canal absolument [illegible] aspect et la [illegible] Aussi, pendant [illegible] n du col de [illegible] n vaginale, a- [illegible] dans une certaine [illegible] isolé et

coupé entre deux ligatures l'artère utérine droite, qui s'apercevait très nettement ; l'utérine gauche, au contraire, ne fut mise à nu que pendant la séparation du col et fut liée à ce moment. L'hémostase est complétée par quelques ligatures sur la tranche vaginale. L'écoulement sanguin a été à peu près nul.

La pièce ainsi extraite est formée de l'utérus, dont la portion cervicale est prolongée par une collerette vaginale un peu large (1), et des annexes qui pendent de chaque côté ; utérus et collerette montrent la section médiane de leur face antérieure.

Après la toilette du pelvis, je ferme son plancher péritonéal par un surjet en points de Lembert au catgut ; pédicules et ligatures sont enfouis sous le péritoine pendant la suture. Pour plus de sécurité, je crois devoir laisser, au niveau du vagin, un petit orifice par lequel est passée une étroite bandelette de gaze stérilisée. Il va sans dire que, pour attirer celle-ci à la vulve et pour franchir la sténose vaginale, la pince introduite par la vulve eut à vaincre une certaine résistance.

Fermeture complète de la plaie abdominale par un seul plan de sutures.

Suites opératoires. — Dans la journée, quelques vomissements chloroformiques, choc peu considérable. Sérum à doses massives (1.500 gr.) qui fut continué pendant plusieurs jours. Piqûres d'éther et de caféine (1 gr.). Le pouls, qui était à 72 après l'opération, monte à 108 le soir ; température 37°,2.

Lendemain 10 *février*. Matin 120 et 37° ; à midi 128. Le soir, 140 et 37°,4. Malgré cette fréquence du pouls, l'opérée n'éprouve aucun malaise et se trouve bien. Urines abondantes. L'abdomen ne présente ni ballonnement ni sensibilité. Les vomissements ont peu à peu disparu. En présence de ce désaccord entre le pouls et la température, je ne puis partager la parfaite tranquillité de la malade ; et, vers 10 heures du soir, j'enlève un fil de la suture abdominale pour drainer le péritoine. A l'ouverture de celui-ci, aucun écoulement ne se produit. Pour immobiliser l'intestin et aussi pour tenir compte de l'accoutumance de la malade à la morphine, une piqûre lui en est faite et sera continuée pendant quelques jours.

---

(1) Le tissu vaginal et le tissu cervical n'ont pu être bien distingués macroscopiquement l'un de l'autre qu'après macération dans l'alcool.

11 *février.* Le pouls se maintient toute la matinée à 140; température 38°,1. Le soir, 160 et 38°,3. Aucune aggravation de l'état général, qui semble toujours satisfaisant. Aucun vomissement.

12 *février.* — Matin, 140 et 37°,8; soir, 120 et 38°. Même état. Je fais cesser les piqûres de caféine qui, paraît il, ont été continuées depuis l'opération. L'alimentation, à peu près nulle jusqu'ici, commence : bouillon, grogs, thé.

13 *février.* Matin, 104 et 37°,7; soir, 124 et 37°,8. L'état de la malade s'améliore. Le drain abdominal est enlevé, une petite mèche de gaze est seule laissée en place.

14 *février.* La mèche pelvienne, infiltrée d'un liquide blanc grisâtre, odorant, est retirée par le vagin. Matin, 116 et 38°,1 ; midi, 104; soir, 90 et 37°,7.

15 *février.* Matin, 98 et 38°; soir, 80 et 37°,9.

16 *février.* Le matin, état excellent, 74 et 37°,8; les fils de la plaie abdominale sont pour la plupart enlevés. (Ceux qui restent, simplement sectionnés, ne seront retirés que le 14e jour.) Dès maintenant (16 février), la réunion est parfaite, sauf sur le trajet de la mèche, qui est supprimée. (Au bout de quelques jours, ce trajet fistuleux avait entièrement disparu.)

Le soir de ce 7e *jour,* à la suite d'efforts prolongés nécessités par la première garde-robe, la malade éprouve subitement frissons, hoquet, vomissements; 120 et 39°. Rien cependant du côté du ventre. Ces phénomènes inquiétants furent heureusement de courte durée et disparurent pendant la nuit. En voici, à mon sens, l'explication. A la suite d'un lavement, un bol fécal énorme, arrivant à l'anus, y séjourna assez longtemps; il distendait le rectum et faisait bomber l'anus, le périnée et la vulve. L'évacuation ne fut obtenue qu'au moyen d'une sorte de curage digital. Il semble que, sous l'influence de cette forte compression du vagin, les produits septiques, retenus dans celui-ci au-dessus de la sténose où ils étaient restés localisés jusqu'alors, ont reflué dans le cul-de-sac de Douglas et ont déterminé une brusque poussée du côté du péritoine pelvien. Le fond du vagin, en effet, dégarni de sa mèche *depuis deux jours seulement*, n'était pas encore fermé.

Cet orage passager fut sans conséquence; car, dès le lendemain, tout rentrait dans l'ordre et la malade retrouvait son bon état antérieur. Elle s'est levée au 26e jour. Les phénomènes douloureux qui avaient marqué la seconde moitié de sa grossesse ont disparu ;

et sa santé, profondément altérée pendant cette période, s'est considérablement améliorée. Une certaine faiblesse seule persistait encore à la fin de mars. L'allaitement maternel a été naturellement impossible.

L'enfant, une fille, qui s'était mise à crier dès sa sortie de l'utérus, pesait 2.080 grammes ; depuis lors, son poids s'est accru dans de bonnes proportions, et sa santé est actuellement excellente.

Réflexions. — L'histoire de la malade, les suites opératoires et cette heureuse terminaison ont surabondamment démontré que, si l'on eût pratiqué une simple opération césarienne conservatrice, le rétrécissement vaginal eût été trop étroit pour permettre le libre écoulement des lochies, condition indispensable en pareil cas.

Une hystérectomie complémentaire s'imposait donc pour cette raison et aussi pour mettre définitivement la femme à l'abri de nouveaux dangers.

Restait le choix du mode d'extirpation de l'utérus.

L'hystérectomie totale ou mieux sa variété, la subtotale, appliquée au traitement des corps fibreux, m'a paru généralement considérée comme une méthode de choix bien plus bénigne et plus rationnelle que l'hystérectomie supravaginale proprement dite, c'est-à-dire que celle qui respecte la totalité du col avec ligature élastique et traitement intra ou extrapéritonéal d'un pédicule. Aussi ce dernier mode d'amputation, qui se retrouve, avec pédicule externe, dans l'opération de Porro, fut-il écarté, et l'hystérectomie totale ou son dérivé, avec hystérotomie préalable, adoptés. Cette conduite, suivie d'ailleurs dans des cas de rétrécissement extrême du bassin ou de fibromes compliqués de grossesse, avait maintes fois déjà donné des résultats encourageants.

S'il m'avait été donné d'intervenir ici avant le début du travail, la conservation d'un petit moignon cervical (hystérectomie subtotale) eût été possible et aurait présenté, entre autres avantages, celui de ne pas ouvrir une cavité vaginale plus ou moins septique et de préserver ainsi plus sûrement de

ce côté le péritoine pelvien ; un affrontement parfait et rigoureux des surfaces et leur suture complète eussent exactement fermé ce dernier.

Tel est le procédé que je m'étais proposé d'adopter, celui qui donne, à mon sens, le plus d'avantages et de sécurité et que les circonstances m'ont empêché dans une certaine mesure d'exécuter dans tous ses détails.

En présence d'atrésies cicatricielles du vagin compliquant la grossesse et l'accouchement, la conduite à tenir est variable suivant le degré des lésions ; et, à ce sujet, un court exposé de la question ne sera pas inutile.

Dans une première catégorie de cas, la plus nombreuse, l'*expectation* suffit : lésions de surface, sténoses ou brides n'entravant que médiocrement la dilatabilité du vagin, de la vulve et du périnée.

Dans un deuxième ordre de faits déjà moins fréquents, l'*intervention par la voie vaginale* devient nécessaire et suffit : cicatrices épaisses, particulièrement celles situées près du col ; sténoses ou brides opposant une trop grande résistance pour permettre une ampliation suffisante de ces mêmes parties ; d'où l'indication d'incisions, de débridements suivis ou non d'application de forceps.

Une troisième catégorie de lésions, celles où l'insuffisance et le danger des moyens précédents paraissent démontrés, impose l'*intervention par la voie abdominale*. Ce sont ces derniers, beaucoup plus rares et plus graves, qui nous intéressent surtout ici.

Il va sans dire qu'il existe des cas intermédiaires. Certains, relativement fréquents, permettent sans doute de pronostiquer la possibilité de l'accouchement par les voies naturelles ; mais ils n'en laissent pas moins le médecin fort perplexe sur un autre point, celui de savoir si cet accouchement pourra se terminer par les seules forces de l'organisme maternel ou s'il n'exigera pas pendant le travail une intervention sur et par le vagin (incisions, forceps, etc.). Dans le doute, l'expectation est de rigueur ; et, au moment où paraîtront les diffi-

cultés, il sera toujours temps d'y parer efficacement. Mais tout autre est la situation, quand on se demande avec anxiété si, quoi qu'on fasse, l'accouchement par les voies naturelles ne sera pas impossible. Ce sont ces cas douteux, dont les indications sont mal définies, qui ont été le plus souvent funestes pour la mère et pour l'enfant, quand pour intervenir on a choisi la voie vaginale. Cette décision une fois prise, on attend, on escompte l'extensibilité des parties molles ; et, en fin de compte, on a bien lieu parfois de s'en féliciter, mais trop souvent aussi on aboutit à un désastre, sinon à un double désastre. Dans ces cas malheureux, espérant sauver la mère, on a sacrifié l'enfant par une expectation excessive ou par une embryotomie consécutive à une intervention vaginale infructueuse ; et, dans ces mêmes circonstances, il est souvent arrivé qu'on a manqué son but et que la mère elle-même a succombé aux manœuvres multiples auxquelles elle a été soumise, manœuvres qui offrent toujours une gravité particulière en raison de l'étroitesse du vagin. « Je crois, dit M. Delbet, que ce crime particulier, pratiqué sous le couvert du diplôme, qui consiste à broyer un enfant vivant sous prétexte de sauver la mère, est près de disparaître de nos mœurs, d'autant plus qu'on peut aujourd'hui sauver l'enfant sans faire courir plus de risque à la mère. » Dans ces conditions, il semble donc que la mère n'a rien à perdre au choix de la voie abdominale et que l'enfant a tout à y gagner. A l'appui de cette assertion, M. Delbet, dans son rapport, et M. Huchon, dans sa thèse inaugurale, relatent un certain nombre de faits absolument démonstratifs.

Ces cas douteux sont heureusement exceptionnels.

Généralement ceux qui nécessitent l'extraction du fœtus par la voie abdominale présentent des indications bien nettes ; mais les faits connus jusqu'ici, énumérés par Tarnier et Budin (*Traité de l'art des accouchements*, 1898, t. III, pp. 387, 395, 396), se réduisent à un nombre assez restreint.

Ils se sont tous produits à l'étranger surtout en Allemagne, et ont donné lieu, soit à l'opération césarienne, soit à l'opéra-

tion de Porro. La comparaison des résultats de ces deux procédés est naturellement en faveur du dernier. L'intervention radicale est, en l'espèce, de beaucoup supérieure à la conservatrice ; en supprimant l'utérus, elle a l'avantage de soustraire la femme à deux sortes de dangers : à ceux qui peuvent résulter de la stagnation des lochies dans un milieu septique et à ceux, non moins à redouter, d'une grossesse ultérieure.

Quant à l'hystérectomie abdominale totale post-césarienne pour atrésies vaginales, on peut croire, devant le silence des auteurs, qu'elle n'a pas trouvé son application dans les cas antérieurs à celui qui fait l'objet de cette observation. Sa valeur par rapport à l'amputation utéro-ovarique à pédicule externe ou interne ne peut donc s'établir sur des données suffisantes et d'après cet unique fait. Cependant, en présence des avantages reconnus à cette méthode dans les cas de cancer, de fibrome, de tumeur et de rétrécissements pelviens compliqués de grossesse, il paraît difficile de lui refuser ici la même supériorité sur les méthodes à pédicule. Ces dernières, absolument délaissées en gynécologie, méritent sans doute le même discrédit en obstétrique. Les méthodes modernes d'hystérectomie totale ou subtotale, avec leur technique perfectionnée, à la fois plus sûre et plus simple, ont acquis sur elles une supériorité incontestée.

Quel que soit, d'ailleurs, le procédé employé, avec ou sans pédicule, avec ou sans moignon utérin, dans les faits qui nous intéressent, une des principales préoccupations doit être d'établir par la vulve un drainage suffisant du « récessus vaginal » ou utéro-vaginal rétro-cicatriciel. Celui-ci est, en effet, le siège de sécrétions plus ou moins septiques, et parfois même, dans le cas de fistules vésico-vaginales ou vésico-cervicales, il est souillé par la présence de l'urine. Comme il est, de toute façon, impossible d'aseptiser ce milieu, il est nécessaire d'assurer l'écoulement au dehors des liquides qui le baignent et de prendre toutes les dispositions propres à éviter leur pénétration dans la cavité péritonéale. Les accidents post-opératoires présentés par ma malade sont à cet

égard des plus instructifs : il semble, en effet, qu'ils auraient pu être évités si, renonçant au drainage du pelvis par le vagin, je m'étais borné à drainer par cette voie le récessus vaginal rétro-cicatriciel, après sa fermeture correcte du côté opposé. Il est ainsi bien démontré que le drainage pelvien par la voie vaginale, loin d'augmenter la sécurité de l'intervention, comme cela se passe souvent dans l'hystérectomie pour cancer ou pour suppurations pelviennes, ne peut ici que la diminuer dans de notables proportions. Ce drainage, en pareille occurrence, est donc évidemment à proscrire ; et, si l'on redoute la fermeture complète du péritoine, on pourra recourir au drainage abdominal, malgré ses inconvénients et son peu d'efficacité.

Dans tous les cas, deux précautions sont donc absolument indispensables : la première est la clôture hermétique et solide du péritoine pelvien et du moignon sous-jacent ; la seconde est le drainage par la vulve du récessus rétro-cicatriciel, quand celui-ci existe. Un laxatif, administré dans les premiers jours qui suivent l'intervention, évitera tout effort à la malade et tout tiraillement sur les sutures.

Cette question préjudicielle tranchée, devra-t-on d'une façon absolue proscrire les méthodes à pédicule et adopter, comme méthodes de choix, celles dont l'hystérectomie totale est le type ? La réponse ne saurait être douteuse et sera nettement affirmative si l'on compare les résultats donnés par ces diverses méthodes en gynécologie.

L'ablation sera toujours subtotale lorsqu'il y aura *complication de fistule vésico-cervicale.* Un moignon serait laissé plus ou moins long suivant la hauteur des fistules. En passant par le méat une sonde qu'on laisserait à demeure dans la vessie, en drainant le vagin et en traitant le moignon comme il a été dit, on supprimerait tout risque d'infiltration. L'extériorisation d'un moignon ou d'un pédicule par la plaie abdominale paraît donc pour le moins inutile. Ne serait-il pas, d'ailleurs, formellement indiqué de pratiquer simultanément la cure de la fistule ?

Lorsqu'on opère *pendant le travail*, même au début, « col étant dilaté, la cavité utérine est en communication av le récessus vaginal rétro-cicatriciel, récessus qu'il est impo sible d'aseptiser. L'opération se fait donc forcément dans u milieu septique » (Delbet). Aucune méthode ne met à l'ab de cet inconvénient et l'extirpation totale ou subtotale n expose pas plus que les autres.

En ce qui concerne les suites opératoires, la suture d'u pédicule interne ou externe, long, volumineux et massif, do nera-t-elle plus de garantie que la suture toujours plus pa faite d'une tranche vaginale ou d'un court et mince moigno cervical?

Cela est bien improbable, d'autant plus qu'on aura pri soin de drainer par la vulve le foyer rétro-cicatriciel, et qu les rares sécrétions dont celui-ci sera le siège, ayant une issu assurée de ce côté, n'auront aucune tendance à faire effrac tion du côté pelvien. D'ailleurs, avec le pédicule laissé par l méthode de Porro, un certain danger persiste encore du fai des sécrétions *plus ou moins abondantes*, muqueuses o muco-purulentes, qui proviennent du reliquat utérin. Cet écou lement, *qui est constant*, serait sans importance, s'il ne s'agis sait ici d'atrésie vaginale. (Voir Thèse, Paris, 1880, MAYGRIER *Etude sur l'opération de Porro*.)

Dans ces circonstances, l'extirpation totale, ou mieux l subtotale, quand celle-ci est possible, ne présente donc qu des avantages.

L'extirpation subtotale, ou, pour mieux dire, la conserva tion, toujours désirable, d'un petit moignon cervical, n'es pas toujours possible, lorsqu'on opère en plein travail ou tou au moins à la fin de celui-ci. A ce moment, en effet, il es très difficile, sinon impossible, de distinguer l'une de l'autr la cavité vaginale et la cervicale.

« Cela ne surprendra, dit M. Delbet, que ceux qui n'on pas fait d'hystérectomie pendant le travail. »

Nous avons vu qu'un second inconvénient d'opérer pendant cette période est la mise en communication d'un vagin plus

ou moins septique avec le champ opératoire. Même en ce cas, la préservation de ce dernier n'est certainement pas au-dessus des moyens actuels de la chirurgie ; il vaut infiniment mieux cependant opérer dans les meilleures conditions possibles d'asepsie. « C'est précisément pour cela, ajoute M. Delbet, qu'il me paraît préférable d'opérer dans les derniers jours de la grossesse, avant le travail. Alors il est facile de laisser le col qui est encore fermé. En détruisant la muqueuse avec le thermo-cautère, en taillant de bons lambeaux qui permettent de faire sur le moignon un double plan de sutures, on se mettrait à l'abri des accidents septiques et on ferait bénéficier la malade de tous les avantages du pédicule réduit » sans qu'elle en ait les inconvénients.

L'hystérectomie subtotale, dite encore supravaginale basse, aurait donc ici une indication absolue et serait d'une facile exécution.

En résumé, dans tous les cas de ce genre, la césarienne conservatrice est à rejeter. L'opération de Porro, c'est-à-dire la césarienne radicale à pédicule externe, paraît elle-même ne présenter aucun avantage sur celle à pédicule interne et n'apporte guère en plus que les inconvénients du traitement extrapéritonéal. Les méthodes modernes d'ablation, celles qui ont répudié la ligature en masse de l'isthme utérin, présentent les meilleurs procédés opératoires applicables aux cas d'atrésies graves du vagin compliquant la grossesse et l'accouchement : l'hystérectomie totale post-césarienne et, de préférence, la subtotale, quand elle est possible, constituent aujourd'hui les interventions de choix (césariennes radicales sans pédicule).

REVUE GÉNÉRALE

MYOMES UTÉRINS, GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Par le Dr **Labusquière**.

Les questions *grossesse et fibromes*, *dystocie par fibromes* ont été ces derniers temps à l'ordre du jour. La première à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, de Paris, la seconde au *Congrès de gynécologie*, de Nantes. Et nos lecteurs ont pu lire successivement les communications intéressantes de Schwartz, Varnier, Richelot, Pinard et l'important rapport de Boursier. A cause de ce regain d'actualité, il nous a paru de quelque intérêt de publier encore un travail documenté fait par L. Thumin, soit avec des matériaux recueillis à la *Frauenklinik* de Berlin (prof. L. Landau), soit avec les faits relatifs à ces questions parus dans la littérature médicale, depuis 1885. Le titre du mémoire de Thumin est *Interventions chirurgicales dans le cas de myomes de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement* (1).

⁂

Voici l'analyse de ce travail :

L. Landau a schématisé comme suit la symptomatologie des myomes de l'utérus.

A. — Symptomes objectifs

a) Hémorrhagies { ménorrhagies. / métrorrhagies.

b) Écoulements (Ausfluss).

c) Changements de situation de l'utérus et du vagin : inversion de

(1) Chirurg. Eingriffe bei Myomen der Gebärm. in Schwang. u. Geb. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. 64, Hft. 3, p. 457.

l'utérus, rétroflexion de l'utérus, éventuellement gravide; prolapsus de l'utérus et du vagin.

d) Altérations de forme de l'utérus et de sa cavité; sous ce point de vue, l'hématomètre est à signaler.

e) Anomalies de la gestation; stérilité ou avortement.

f) Maladies des annexes.

α) Sacs tubaires { hématosalpinx. hydrosalpinx. pyosalpinx.

β) Maladies de l'ovaire:

1° Inflammation chronique;

2° Atrophie par compression.

N. Les maladies des annexes peuvent être causes ou effets d'une pelvipéritonite.

g) Troubles dans l'appareil urinaire: hydro-uretère, hydronéphrose, néphrite chronique.

h) Anémie avec ses effets sur le cœur (dégénérescence du myocarde), et sur d'autres organes, par exemple: catarrhe gastro-intestinal.

i) Troubles de la circulation, modifications dans l'appareil circulatoire.

α) Œdème, ascites par compression veineuse, varices, thromboses.

β) Hypertrophie du cœur.

γ) Effets de nature irritative: exsudation ascitique par le péritoine du myome ou par le péritoine général.

k) Compression des organes abdominaux ou thoraciques (ici compression indirecte).

l) Gonflement des seins et sécrétion lactée.

B. — Symptomes subjectifs

a) Douleurs:

α) Contractions douloureuses; β) douleurs par compression; γ) douleurs d'origine inflammatoire (péritonitiques) et douleurs dysménorrhéiques.

b) Douleurs de dyspnée, effets du myome lui-même ou de l'ascite.

c) Douleurs subjectives, effets de l'anémie (palpitations cardiaques, vertiges, pertes de connaissance, etc.).

d) Vomissements réflexes.

e) Dysurie.

Ces symptômes peuvent se combiner plus ou moins complètement, en sorte que les conditions spéciales à chaque cas diffèrent grandement, et cela ne permet pas de tracer une thérapeutique invariable : « il faut tirer les indications thérapeutiques de l'analyse attentive et judicieuse de tous les symptômes subjectifs et objectifs, en tenant considération de

la situation sociale de la malade. Ce principe-guide est encore d'importance majeure lorsqu'il s'agit de myome compliqué de grossesse, quand, outre la vie de la mère, celle de l'enfant est en jeu. »

En général, *il ne faut pas se hâter de conclure à la nécessité d'un acte chirurgical parce qu'on se trouve en présence de myomes compliqués de grossesse.*

« Des myomes qui, au début de la grossesse, sont enclavés dans le petit bassin et qui paraissent devoir constituer un obstacle invincible à l'accouchement, le plus souvent se dégagent par en haut, du quatrième au cinquième mois de la gestation. Cette élévation, cette ascension de la tumeur peut survenir, souvent tout à fait brusquement, tardivement et même dans le dernier mois de la grossesse. D'autre part, il ne faut pas négliger les tentatives de reposition manuelle de la tumeur, lorsqu'elles n'exigent pas des violences de nature à compromettre la grossesse. »

Donc, le seul enclavement d'une tumeur myomateuse compliquée de grossesse ne saurait exiger une intervention chirurgicale. Il faut, pour intervenir chirurgicalement pendant la grossesse, d'autres accidents, et, au moment de l'accouchement, la conviction que la présence de la tumeur est empêchement à l'accomplissement du travail.

Il est exceptionnel qu'on soit conduit à opérer pour réaliser la reposition d'un myome. Schröter, toutefois, a publié un fait de ce genre, tiré de la pratique de Löhlein : celui-ci, chez une parturiente en travail depuis six jours, se borna à libérer, après cœliotomie, un myome du volume d'une tête d'adulte, qui obstruait le petit bassin, des adhérences solides qui le fixaient *in situ*, et à le réduire. Il termina ensuite l'accouchement par la perforation et la cranioclasie de l'enfant déjà mort.

L'expectation est encore justifiée par d'autres conditions : modifications de forme et de consistance des myomes, grâce auxquelles, en certains cas, grossesse et accouchement peuvent évoluer sans accidents : *a*) *ramollissement œdémateux* du myome ; *b*) *aplatissement*, *réduction des diamètres de la*

tumeur ; *c*) *diminution post-partum*, ou mieux après l'accouchement, de la ou des tumeurs).

D'autre part, il faut ne pas perdre de vue les dangers qui, avec l'expectation, menacent l'enfant et, de ce fait, la mère, ou qui menacent seulement la mère : *a*) avortement, dangers consécutifs de septicémie par gangrène ou putréfaction du myome ; *b*) faiblesse des contractions ; *c*) placenta prævia ; *d*) présentations mauvaises de l'enfant (24 p. 100 au lieu de 3,1 p. 100 présentations du siège ; 19 p. 100 au lieu de 0,6 p. 100 présentations transversales, suivant Olshausen) ; *e*) ruptures de l'utérus ; *f*) inversions ; *g*) hémorrhagies secondaires.

Matrice et myomes grandissent avec les progrès de la grossesse, les myomes très vite, souvent. Utérus et tumeur cherchent leur place dans le petit bassin, dans le grand et dans la cavité abdominale. En certains cas, ils trouvent tous assez de place, d'autant plus que souvent la nature y prête (élargissement, relâchement progressif des parois abdominales). Toutefois, ces modifications peuvent pécher par excès (*venter pro pendulus*, hernies ombilicales, éventrations, etc.). Il peut y avoir agrandissement de la place par refoulement du diaphragme, le refoulement pouvant d'ailleurs, quand il est porté trop loin, entraîner des accidents (déplacements du cœur, altérations des mouvements respiratoires), qui risquent de se surajouter aux dégénérescences cardiaques (myocardites) dont les myomateuses peuvent être affectées (troubles fonctionnels du cœur, de la respiration). Enfin, utérus et myomes peuvent se faire de la place aux dépens des viscères abdominaux, dont la compression exagérée entraîne naturellement des effets fâcheux. A ce point de vue, on conçoit combien le *volume*, le *siège* et le *degré de consistance* de la tumeur jouent un rôle important (œdèmes, thromboses, névralgies principalement sciatique et crurale, constipation, dysurie, etc.).

Indépendamment de l'absence de tous ces accidents, le *seul fait que des myomes volumineux*, DURANT L'ÉTAT DE GROSSESSE, *restent enclavés dans le bassin*, et qu'*ils créent* à priori *un obs-*

tacle absolu à l'accouchement, constitue une indication précise à intervenir, quelle que soit l'époque de la grossesse.

D'autre part, et surtout pendant la grossesse, les myomes peuvent devenir le siège de ramollissements, de processus nécrosiques, susceptibles de provoquer des accidents graves et d'imposer des interventions chirurgicales. Le ramollissement œdémateux et la vascularisation plus active au niveau des organes génitaux sont le point de départ, en certains cas, de vacuolisations simples avec exsudats lymphoïdes troubles; en d'autres cas, d'apoplexies suivies de formations kystiques à contenu brunâtre, avec des corpuscules sanguins et des cellules lymphoïdes. Il survient aussi durant la grossesse des processus purement nécrosiques, des formations de cavités avec détritus graisseux, plus rarement des suppurations ou des putréfactions des tumeurs myomateuses; pendant le *puerperium,* ces accidents, qui compliquent surtout les myomes polypeux ou muqueux, donnent parfois lieu à la septicémie. Mais, déjà pendant la grossesse, de tels processus sont capables de produire des accidents sévères : altération de l'état général, douleurs par irritation péritonéale, péritonite généralisée, torsions du pédicule, adhérences épiploïques intestinales, poussées thermiques, etc. En certains cas même il y a défaut de proportion entre l'intensité des phénomènes réactionnels et l'insignifiance, apparente au moins, des modifications survenues au niveau de la tumeur.

*
* *

Des considérations précédentes, il ressort nettement qu'on ne saurait à priori, sous le rapport du traitement, formuler des règles absolues. Il faut, dans chaque cas, chercher la solution particulière qui convient. Et lorsqu'on a conclu à la nécessité d'une intervention chirurgicale, se demander s'il y a lieu d'attendre, pour opérer, que l'enfant soit viable. D'autre part, comme, pour certains cas, il existe des opérations qui permettent de supprimer le ou les myomes sans compromettre les intérêts de l'enfant, la question de la décision à prendre

devient plus compliquée. Pour bien mettre en évidence la multiplicité des actes chirurgicaux dont on peut avoir à discuter l'opportunité, l'auteur utilise le tableau schématique suivant, le signe + signifiant conservation, le signe — ablation.

	Utérus	Myome	Fruit	Ovaires
a)	—	+	+	+
1	+	—	+	+
2	+	+	—	+
3	+	+	+	—
4	+	+	—	—
5	+	—	—	+
b)	—	—	+	+
6	+	—	+	—
c)	—	+	—	+
d)	—	+	+	—
7	+	—	—	—
8	—	—	—	+
e)	—	+	—	—
f)	—	—	+	—
9	—	—	—	—

Il est d'ailleurs facile de voir que les combinaisons *a b c d e f* sont irréalisables, en sorte qu'il reste, en réalité, 9 procédés chirurgicaux divers ; de plus, il ne faut pas oublier que le plus souvent deux voies s'offrent au chirurgien : *a*) la *vaginale* et *b*) l'*abdominale*, que, parfois même, il sera utile de se servir des deux. Enfin, on pourra être forcé d'intervenir pendant la grossesse, l'enfant étant viable ou non, ou à la fin de la grossesse et *intrapartum*.

4° **Extirpation du myome seulement.** — Les polypes *sous-muqueux*, les *myomes cervicaux* qui proéminent dans le vagin ou dans le col doivent, en général, être enlevés, à n'importe quelle époque de la grossesse. Sauf dans quelques circonstances rares, par exemple insertion très haute du pédicule, l'opération ne troublera pas la marche de la grossesse.

Les risques sont bien plus grands quand il s'agit de l'*énucléation* d'une tumeur à large base. La grossesse court des

risques. Aussi importe-t-il de surseoir le plus possible jusqu'à viabilité de l'enfant. Au point de vue opératoire, la grossesse, par le relâchement des tissus, rend l'opération plutôt plus facile. Mais les dangers d'hémorrhagie, les difficultés de l'hématose, les risques de septicémie et de pyémie grandissent avec l'état de gestation. Dans des *cas particulièrement rares*, myomes insérés sur la paroi postérieure du col ou dela portion la plus basse du corps de l'utérus, extra, ou intrapéritonéaux, adjacents à la paroi postérieure du vagin, on peut procéder à *l'énucléation après colpotomie vaginale*. Encore ce procédé impliquerait-il de trop grands risques dans le cas de tumeurs volumineuses, peu mobiles, enclavées (dangers d'hémorrhagies, difficultés de l'hémostase, blessures importantes de la matrice, etc.) : l'énucléation après colpotomie doit donc rester un procédé d'exception et non une méthode de choix.

En général, pour ces raisons, quand il s'agit de l'excision ou de l'énucléation d'un myome isolé, volumineux, la voie abdominale entre en question. Quand il s'agit d'une tumeur volumineuse enclavée dans l'excavation, on doit, en général, quand c'est possible, attendre l'ascension spontanée, avec les progrès de la grossesse, de la tumeur ou tenter la reposition non sanglante. Mais, pour des raisons qui ont été signalées plus haut, l'opération peut s'imposer. Et, dans tous les cas, il ne sera pas possible d'intervenir par l'excision ou l'énucléation. Il faudra choisir un autre procédé. *Sub partu*, rarement on procédera à l'enlèvement de la tumeur par la voie abdominale pour terminer l'accouchement par les voies naturelles. Toutefois, lorsque, la tumeur enlevée, il n'existera plus d'obstacle à l'expulsion d'un enfant vivant par les voies naturelles, ou bien, lorsque l'enfant ayant succombé au cours de l'opération, il sera aisé par la perforation ou l'embryotomie de terminer l'accouchement, on n'aura pas à songer à d'autres manœuvres chirurgicales. Ne pas perdre de vue que l'apparition, immédiatement après l'intervention, des contractions utérines comporte des dangers (tiraillement des plaies faites à l'utérus,

hémorrhagies secondaires au niveau du moignon ou du lit de la tumeur).

Il est aisé de concevoir que, sous le double rapport des difficultés opératoires et du pronostic, il n'y a pas parité entre l'excision simple de myomes pédiculés et l'énucléation de tumeurs à large base d'insertion.

Suivent : 1° la relation de 3 observations encore inédites ; 2° 3 tableaux avec les titres suivants : *a*) cas de *myomectomies simples durant la grossesse* depuis 1885 (62 cas) ; *b*) cas d'*énucléation de myomes* (40 cas) ; *c*) *énucléation par colpotomie postérieure.*

De l'examen de ces tableaux se dégagent les résultats suivants :

Des 62 cas de myomectomies simples, 6 se sont terminés par la mort : *obs.* 4, mort par *péritonite* 7 jours après l'opération (avant l'opération, péritonite chronique) ; *obs.* 11, mort par *septicémie* 4 jours après l'opération (avant l'opération, péritonite, ascite sanglante) ; *obs.* 58, mort par *septicémie* (avant l'opération, frissons, fœtus mort, macéré) ; *obs.* 12, *hémorrhagie secondaire* du moignon ; *obs.* 17, *lésions valvulaires* du cœur ; *obs.* 29, *paralysie du cœur* 2 jours après l'opération.

Sur les 55 cas restants, abstraction faite des 6 précédents et d'un opéré *intrapartum*, il y eut 10 avortements.

Sur les 40 cas traités par l'énucléation abdominale, il y eut 2 décès : *obs.* 7, mort par *néphrite ; obs.* 29, par *septicémie* 40 heures post-opérat.

Sur les 37 cas restants, abstraction faite des 2 décès et d'un cas opéré *intrapartum*, il y eut 11 avortements.

En ce qui concerne la *mortalité fœtale* (21 avortements sur 92 cas), si l'on songe aux dangers que la grossesse compliquée de myomes fait courir à l'enfant, elle n'apparaît pas excessivement élevée.

2° **Enlèvement du fruit seulement.** — Méthode tout à fait d'exception. Il est irrationnel de se borner à évacuer l'utérus et de laisser à la femme la ou les tumeurs qui créeront pour

elle les mêmes dangers au cas de nouvelle grossesse. L'espoir de voir *postpartum* le myome décroître est minime. D'autre part, la persistance de la tumeur augmente les risques de septicémie pendant les suites de couches. A terme, la *césarienne conservatrice* sauvegarde tous les intérêts de l'enfant, mais non ceux de la mère. D'ailleurs, cette méthode est de plus en plus rarement appliquée.

Suit un tableau schématique de 6 *cas* recueillis dans ces dernières années et ayant donné lieu à 3 *décès !*

3° **Enlèvement des ovaires seulement.** — Méthode de plus en plus discréditée dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, en dehors de l'état de gestation. A déconseiller encore davantage dans les cas de myomes compliqués de grossesse.

4° **Enlèvement du fruit et des ovaires.** — La castration remplit davantage le but lorsqu'on la fait comme complément de la césarienne, l'enfant étant viable ou *intrapartum.* Il ne faut toutefois y avoir recours que lorsque l'enlèvement de l'utérus et de la tumeur, la césarienne ayant été faite, est trop difficile. D'ailleurs, en semblables conditions, la recherche et l'ablation des ovaires comportent souvent des difficultés considérables. L'auteur rapporte très brièvement 3 opérations de ce genre de Tauffer, Hertsch et Hermann (1 seul décès, maternel).

5° **Enlèvement du fruit et du myome.** — Que dans un cas de grossesse et de myome du col soit pédiculé, soit même à large base d'insertion, il y ait indication urgente à interrompre la grossesse, il est naturel de combiner l'interruption de la grossesse avec l'excision ou l'énucléation du myome. Mais, en général, il semble que l'excision ou l'énucléation d'un myome — surtout si l'on y procède par la voie abdominale — cadre mal avec l'interruption de la grossesse. Cet enlèvement du myome semble plutôt avoir pour fin la conservation de la vie fœtale, la suppression de la maladie de la mère et la restauration de ses organes génitaux. L'enfant étant viable ou *sub partu*, il faut, ici, prendre en considération la césarienne combinée avec l'excision ou l'ablation d'un myome. Deux éventualités

se présentent : se voit-on forcé, à la fin de la grossesse, de faire la laparotomie à cause d'un myome, on sera vivement enclin à accoucher, dans le même temps, la femme par la césarienne, soit qu'en raison de l'état de faiblesse du sujet on veuille lui éviter les fatigues de l'accouchement tout prochain, soit qu'à cause de l'état des zones cruentées par l'opération (énucléation, par exemple), on redoute sur elle l'effet des contractions utérines. Mais, en général, on se bornera, même à la fin de la grossesse, à l'enlèvement de la tumeur, et l'on abandonnera à la nature la terminaison de l'accouchement. Mais les choses se présentent autrement quand, pour *éviter le risque de voir une femme mourir non accouchée*, on se voit contraint à faire la césarienne ; alors, si le ventre ouvert, on constate que le ou les myomes peuvent être aisément enlevés, on ne mettra aucune hésitation à le faire. Enfin, il peut arriver qu'on accouche la femme par la césarienne et qu'on enlève un myome par le vagin.

N. Suit un tableau schématisant les cas de section césarienne avec excision ou énucléation de myomes (9 cas).

6° **Enlèvement du myome et des ovaires.** — L'indication à cette extirpation simultanée du myome et des ovaires se présentera aussi rarement durant la grossesse que pendant l'accouchement.

7° **Enlèvement du myome, du fruit et des ovaires.** — Procédé thérapeutique également d'application rare. Toutefois, le chirurgien se propose-t-il de prévenir, chez une femme qu'il a accouchée par la césarienne suivie de l'ablation ou de l'énucléation d'un myome, la possibilité de nouvelles grossesses, il est certain qu'il a dans l'enlèvement simultané des ovaires un moyen relativement simple de réaliser ce *desideratum*, au cas où il n'aime pas mieux recourir à la ligature ou à la résection des trompes. Enfin, il n'est passible d'aucun reproche si, ce faisant, il vise à empêcher le développement ultérieur de germes myomateux laissés *in situ*.

8° et 9° **Ablation de la matrice, du myome et du fruit avec ou sans conservation des ovaires.** — L'*ablation de l'organe ges-*

tateur — avec, éventuellement, la conservation d'un ovaire ou des deux — représente en réalité l'*intervention la plus grave* : aussi, *ne doit-elle être* pratiquée qu'au cas de l'*indication la plus impérieuse*. Or, il est impossible, même d'une façon large, d'en fixer les indications : mieux vaut laisser au médecin traitant le soin de décider — après considération attentive des conditions particulières au cas qu'il a devant lui, et examen judicieux des raisons pour et contre — de l'à-propos de ce mode d'intervention. On peut seulement avancer qu'en général des tumeurs solitaires, volumineuses, rétro-utérines, ou intraligamentaires, qui, enclavées dans le petit bassin, ne montrent aucune tendance à se dégager spontanément par en haut, et que des tumeurs multiples qui affectent tout l'organe gestateur imposent une intervention aussi radicale que l'extirpation totale. Il faut entre les tumeurs rétro utérines distinguer deux variétés : 1° les *myomes sous-péritonéaux*, qui, originaires de la paroi postérieure du corps ou du col de l'utérus, se développent, sous le péritoine du Douglas, vers la paroi pelvienne et en certains cas déplissent les feuillets du mésocôlon ; 2° les myomes ayant même point de départ que les précédents, mais restant *intrapéritonéaux*, dans le Douglas. D'autre part, des tumeurs pédiculées, dont l'insertion est beaucoup plus haute, sur la paroi postérieure de l'utérus et même sur le fond de l'utérus, peuvent par tiraillement, torsion des pédicules, basculer, tomber dans le petit bassin et y devenir fixées. Enfin, des tumeurs, en réalité interstitielles, développées dans la paroi du col, et donnant à cet organe par leur développement la forme en tonneau peuvent en imposer pour des tumeurs rétro-utérines. On conçoit aisément les complications graves que ces tumeurs par leur siège, leur volume, les phénomènes mécaniques qu'elles produisent autour d'elles, peuvent entraîner (arrêt de développement, mort du fœtus, accidents graves du côté de l'intestin, de la vessie, etc., au moment de l'accouchement, obstacle comparable à celui produit par une sténose osseuse, etc.). Une intervention chirurgicale peut donc s'imposer. Lorsqu'elle

devient indispensable et lorsqu'il existe des fibromes multiples, le procédé opératoire à choisir est subordonné au nombre et au mode de développement des tumeurs. Si l'on peut exciser ou énucléer plusieurs myomes tout en laissant un organe gestateur encore apte à remplir sa fonction, il convient que l'intervention se borne à cela. Mais il faut se garder d'aller trop loin dans ce sens. D'ailleurs, la conduite à suivre doit être laissée au jugement, à l'expérience du chirurgien traitant, lequel, la cœliotomie pratiquée, déduit des constatations faites le plus ou moins d'intervention qui convient. Il peut arriver qu'après avoir tenté d'énucléer des tumeurs volumineuses on se trouve dans la nécessité, parce qu'au cours de l'énucléation on aura plus ou moins largement ouvert la cavité utérine, ou bien parce qu'on se heurtera à de trop grandes difficultés pour restaurer de façon suffisante l'utérus, de procéder à l'extirpation totale. On pourra être encore forcé d'extirper l'utérus quand on se trouvera avoir affaire à des *adéno-myomes* non justiciables de l'énucléation ou à certains myomes envahissants s'étant en quelque sorte *substitués* à la paroi utérine (*Substituirenden Myome* de Landau).

Les conditions imposant une *opération radicale*, d'autres questions se posent? Quand faut-il opérer *par le vagin*, quand par la *voie abdominale?* La solution de cette question se trouve singulièrement simplifiée *si l'on assimile le fœtus à un myome sous-muqueux*. Or, il n'est pas discutable qu'on ne puisse soumettre aux mêmes méthodes de morcellement que le myome le fœtus mort ou non viable. Il ressort de là que, dans le cas de myomes multiples, *l enfant étant mort ou non viable, on opérera par le vagin* (sauf étroitesse notable du vagin, trop grosses difficultés d'isoler vessie et uretères, insuffisance des renseignements pour décider formellement la nécessité de l'opération radicale) *lorsque utérus gravide et tumeurs atteindront seulement ou dépasseront peu l'ombilic. Dans tous les autres cas, il faut choisir la voie abdominale.*

A la fin de la grossesse, la *césarienne vaginale*, suivie de

l'extirpation vaginale totale, quand il s'agit de myomes, n'entre guère en ligne de compte.

Pour les interventions abdominales radicales, deux méthodes se présentent : *a*) l'amputation supravaginale ; *b*) l'extirpation totale de l'utérus myomateux gravide — combinées, à la fin de la grossesse ou dès que l'enfant est viable, avec la césarienne. Sur ce point, de même que lorsqu'il s'agit de myomes non compliqués de grossesse, les chirurgiens se divisent en deux camps. Parmi les opérateurs, d'ailleurs en minorité, qui sont partisans de l'extirpation totale, se trouve, déjà depuis 1894, L. Landau.

Suivent : 1° la relation de 6 cas d'extirpation totale ; 2° 4 tableaux synoptiques, résumant les détails essentiels des amputations supravaginales et des extirpations totales, pratiquées à la *Frauenklinik* de Berlin, dirigée par L. Landau : *a*) cas d'amputation supravaginale de l'utérus gravide myomateux (89 cas) ; *b*) cas de section césarienne et d'amputation supravaginale de l'utérus myomateux (49 cas) ; *c*) cas d'extirpation abdominale totale de l'utérus gravide myomateux (52 cas) ; l'auteur ajoute 2 petits tableaux comprenant, l'un 2 cas d'extirpation totale *abdomino*-vaginale, l'autre 2 cas d'extirpation totale *vagino*-abdominale ; *d*) cas de section césarienne et d'extirpation abdominale totale de l'utérus gravide (13 cas), plus 1 petit tableau annexe contenant 1 cas de section césarienne et d'extirpation totale vagino-abdominale.

Résultats statistiques. — A) 89 cas d'*amputation supravaginale* avec 10 décès : 1 par pneumonie, 1 par iléus, les autres par péritonite ou septicémie ; B) 56 cas d'*extirpation totale* (dont 52 par procédé abdominal exclusif et 4 par procédé combiné) avec 5 morts, dont une seule de péritonite septique après blessure méconnue de la vessie. Autres causes de la mort : *a*) iléus ; *b*) paralysie du nerf vague ; *c*) embolie pulmonaire, *d*) collapsus chez une femme infectée antérieurement et très affaiblie. C) 49 cas de *césarienne avec amputation supravaginale* consécutive, avec 6 mères mortes et 6 enfants morts. *Décès maternels.* Dans 1 cas, après une laparo-

tomie secondaire pour iléus, suicide ; 1 fois iléus ; 1 fois mort par œdème du poumon lié à l'éclampsie. D) 14 cas de *césarienne suivie d'extirpation totale.* Une des femmes mourut d'épuisement 39 heures après l'opération ; 1 seul décès d'enfant, l'enfant ayant déjà succombé avant l'opération.

Comparant ces résultats avec ceux publiés antérieurement par Olshausen et Apfelstedt, l'auteur constate qu'ils sont meilleurs, qu'ils sont surtout à l'avantage de l'extirpation totale sur l'amputation supravaginale (moins de décès, surtout moins d'accidents septiques), tout en formulant les réserves que comporte le nombre relativement restreint des faits.

En terminant, l'auteur traite un certain nombre de points particuliers : 1° de l'amputation supravaginale (mode de traitement du pédicule, son influence sur les résultats, en principe, supériorité du pédicule interne, hémostase) ; 2° de l'extirpation abdominale totale (à la clinique de Landau, on a adopté, avec certaines modifications, le procédé de Doyen) ; 3° de l'extirpation totale par voie abdominale et vaginale combinées. Enfin, il laisse indécise la question de savoir s'il faut compléter l'extirpation totale par l'enlèvement des annexes. En ce qui concerne particulièrement les ovaires, si, d'une part, l'on peut espérer que la conservation de l'un ou des deux ovaires est de nature à prévenir les accidents pénibles de la ménopause prématurée, il reste acquis, d'autre part, que les ovaires conservés peuvent, ultérieurement, être le point de départ de tumeurs qui exigent de nouvelles opérations.

REVUE CLINIQUE

Un point de pratique obstétricale. — Examen obstétrical et réplétion de la vessie.

Par le Dr **R. Labusquière.**

Le 18 novembre dernier, au matin, je suis appelé auprès de Mme C..., secundipare. On m'a fait appeler parce qu'il y a eu des douleurs dans la nuit, qu'il y a écoulement d'un peu de liquide légèrement teinté, que le 1er accouchement a été relativement rapide, et qu'on a craint de se laisser surprendre, bien que l'on ne soit pas encore au terme prévu de la grossesse. En effet, les dernières règles datent du commencement de mars 1901, et nous avons calculé que l'accouchement aurait lieu dans premiers jours de décembre. Or, il y a 3 semaines environ, j'avais, comme il est d'usage, fait un examen soigneux dans le but de m'assurer de la présentation et de la position de l'enfant, et j'avais facilement constaté une présentation du sommet en O. I. D. P., tête fœtale faiblement engagée, mobile, mais pointant nettement dans le détroit supérieur. Le diagnostic fait, j'avais assuré que l'enfant se présenterait bien et que, très certainement, il fallait s'attendre à un accouchement aussi facile que le premier. Édifié depuis cet examen sur la présentation et comptant sur une présentation définitive, je procède, cette fois, sans tarder, après désinfection rigoureuse des mains toutefois, au toucher vaginal, pour résoudre cette question : *Y a-t-il eu commencement de travail?* A ma grande surprise, j'atteins très difficilement le col, et j'ai beau, en refoulant le plus possible le périnée, m'efforcer de

retrouver la partie fœtale, je ne trouve rien, absolument rien. Le détroit supérieur est parfaitement libre. Assez déçu, prévoyant déjà des difficultés et ne sachant que trop que j'avais parlé de présentation du sommet, définitive, je me mets en devoir de pratiquer le palper, non sans avoir demandé à la femme si, à un moment donné, l'enfant n'avait pas remué beaucoup plus que d'habitude. Réponse négative. A la palpation, je reconnais bien le siège, haut vers l'hypochondre droit; mais j'ai beau chercher, je ne trouve pas le pôle céphalique. Dans la région hypogastrique, la palpation ne donne que des sensations vagues. Recourant à l'auscultation, je retrouve les bruits du cœur dans le point où j'avais, 3 semaines avant, perçu le maximum des doubles battements fœtaux, mais ces battements sont plus lointains, beaucoup plus faibles. D'autre part, le ventre me paraît particulièrement volumineux, particulièrement étalé. S'agirait-il maintenant d'une présentation transversale? De nouveau je palpe soigneusement et, à un palper, superficiel en quelque sorte, je reconnais une différence de sensation très nette dans les régions sus et sous-hypogastriques, sensation particulière de rénitence au niveau de celle-ci. Il m'est alors aisé de constater une grosse tumeur médiane, indépendante de l'utérus, tumeur que je limite et que je fais constater *de visu* à la garde, qui avait été aussi appelée : c'est nettement la vessie très distendue et qui remonte un peu au-dessus de l'ombilic. Je demande à la femme s'il y a longtemps qu'elle a uriné. Elle me répond qu'elle a beaucoup uriné ces derniers temps et, en particulier, abondamment pendant la nuit dernière. Eh bien ! vous allez tâcher d'uriner, lui dis-je, et je la laisse seule avec la garde. Quelques minutes après on me rappelle, et la garde me montre un grand vase plein d'urine. La question suivante de la garde à Mme C... : « Pourquoi avez-vous tant tardé d'uriner », provoque cette réponse : « Mais je n'en éprouvais aucun besoin. » Je reprends mon examen et, cette fois, je suis très vite rassuré : le volume du ventre a diminué, son étalement spécial a disparu, le maximum des battements fœtaux se retrouve vite à sa place

ordinaire, le plan fœtal résistant est nettement à droite, je reconnais facilement la saillie frontale, et le toucher me fait constater un col court, largement entr'ouvert, et une tête fœtale bien engagée, tous signes qui ne font qu'affirmer le diagnostic et le pronostic antérieurs. Telle est la petite difficulté de pratique obstétricale que j'ai rencontrée. La réplétion de la vessie avait-elle été signalée comme pouvant modifier, fausser même d'une manière aussi notable les résultats fournis, vers la fin de la grossesse, par l'examen combiné (palper et toucher). Quoi qu'il en soit, il ne nous a pas paru inutile de mettre ou de remettre en évidence cette petite difficulté obstétricale.

L'accouchement, d'ailleurs facile, a eu lieu dans la nuit du 21 au 22 novembre, soit 4 jours après les constatations un peu imprévues, et sans doute d'éventualité rare, que nous avions faites.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 14 octobre 1901.

M. Couvelaire. — **Sur une tumeur solide de l'ovaire.** — La femme à qui elle fut enlevée est entrée à la clinique Baudelocque le 9 mars 1901. Elle est âgée de trente et un ans. Elle a été réglée à quatorze ans, toujours irrégulièrement, avec des périodes d'aménorrhée d'une durée de deux à trois mois. Elle se marie à vingt-neuf ans. Elle n'a jamais eu de grossesse. Ses dernières règles datent de février 1900. En juin 1900, comme son ventre augmentait de volume et que ses règles manquaient toujours, elle se crut enceinte.

En décembre 1900, elle se prépare à l'accouchement qui ne se produit pas. En mars 1901, lasse d'attendre, elle entre à la clinique Baudelocque.

Pendant tout ce laps de temps, sa santé était restée bonne. Elle n'avait pas maigri, n'avait ni douleurs ni métrorragies.

Le 9 mars, lors de l'entrée à la clinique, M. Pinard constate que l'utérus, petit, antéfléchi, n'est pas gravide. Le ventre est rempli : 1° par une ascite de quantité moyenne; 2° par une masse dure, bosselée, remontant à 25 centimètres au-dessus de la symphyse. M. Pinard porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire et la fait opérer par M. Segond le 27 mars 1901. Laparotomie. Extirpation de la tumeur. Guérison.

La tumeur qui représente l'ovaire gauche est blanche, bosselée irrégulièrement ; sa surface lisse ne présente pas la *moindre trace d'adhérences*. Elle pèse 3.100 grammes. Ses diamètres sont : le transversal de 19 centimètres; — le vertical de 16 centimètres; — l'antéro-postérieur de 16^{cm},5.

Sa face postéro-inférieure répond au pédicule.

La tranche de section de ce pédicule s'étend sur une longueur

de 10 centimètres. Le retrait de la séreuse péritonéale laisse découverte une surface large de 1 à 2 centimètres. A l'extrémité externe du pédicule pendent un grêle ligament tubo-ovarique long de $1^{cm},5$ et une ampoule tubaire d'aspect normal longue de 4 centimètres.

A la coupe, la tumeur se présente sous un aspect différent dans les parties centrales et à la périphérie. La périphérie, sur une épaisseur de 3 à 6 centimètres, est compacte, dure, d'aspect fibromateux, constituée par des noyaux blanc jaunâtre accolés dans un réseau de travées blanches. Le centre est une véritable éponge dont les mailles œdémateuses circonscrivent des géodes remplies de liquide citrin ou de caillots hémorrhagiques.

L'étude histologique de cette pièce sera faite ultérieurement.

M. Rudaux. — **Rétroversion d'un utérus fibromateux simulant un utérus gravide. Phénomènes infectieux. Hystérectomie abdominale totale.**— Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans, mariée depuis six mois; ses règles apparues à douze ans étaient régulières et douloureuses, mais accompagnées d'expulsions de caillots.

Aucune interruption dans ses règles.

Quelques jours avant son entrée à la Maternité de Beaujon (16 avril) commence une métrorrhagie accompagnée de douleurs abdominales. M. Rudaux fait lors de son entrée le diagnostic de rétroversion d'un utérus gravide de deux mois et demi. Il fait la réduction. Deux jours après. élévation de la température. Le 20 avril, curettage qui ne ramène rien, mais permet de constater l'existence d'un fibrome sessile sous-muqueux intra-utérin. Le 22 avril, température 39°,4, frissons, sécrétion utérine purulente et fétide. Le 24, hystérectomie abdominale totale par M. Tuffier, après tentative infructueuse d'hystérectomie vaginale. Drainage abdomino-vaginal. Opération faite sous l'analgésie cocaïnique par voie lombaire. Mort le 3 mai. L'utérus enlevé portait sur la face antérieure un fibrome sessile sous-muqueux du volume d'une orange.

MM. Pinard et Paquy. — **Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec une grossesse de quatre mois.** — Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, secundipare. Accouchée le 26 mai 1900, spontanément, à terme, d'une fille vivante, née en présentation du sommet, qui fut élevée au biberon à la campagne, et qui est actuel-

lement bien portante. Pendant cet accouchement, la sage-femme qui assistait la parturiente aurait dit aux personnes de l'entourage que l'utérus avait une forme bizarre. Les suites de couches furent normales. Depuis l'accouchement, la malade n'a jamais souffert.

Elle fut réglée à partir du deuxième mois qui suivit l'accouchement.

Elle eut ses règles pour la dernière fois du 30 mai au 4 juin 1901. Aux environs du 15 juillet, elle ressentit pendant toute une journée une douleur extrêmement vive dans le côté droit. Elle resta couchée deux ou trois jours, et peu à peu cette douleur s'atténua. Le 25 août, seconde crise douloureuse qui dure quatre jours. Le 3 octobre, troisième crise, moins douloureuse que les précédentes. Toutes ces crises ont été remarquables par l'acuité de la douleur ; mais elles n'ont jamais été accompagnées de syncope ni de vomissements.

Le 9 octobre, la malade en se levant ressent une vive douleur dans le ventre. Elle travaille cependant jusqu'à 8 heures et demie. Souffrant de plus en plus, elle rentre chez elle et se couche. Vomissements alimentaires, puis bilieux, frisson.

La douleur persiste, et le 11 octobre, la malade entre à la clinique Baudelocque à 3 heures du soir.

Sa température est de 37°, le pouls à 106; son facies est légèrement grippé; sur le côté droit de l'utérus qui a le volume d'un utérus gravide de 4 mois est une tumeur indépendante, fluctuante, douloureuse.

M. Pinard porte le diagnostic de kyste ovarique à pédicule tordu chez une femme enceinte de 4 mois environ et décide de pratiquer la laparotomie, qui est pratiquée le 13 octobre. Après ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une certaine quantité de liquide péritonéal louche. On aperçoit dans les deux tiers inférieurs de la plaie la face antérieure de l'utérus gravide; au-dessus les anses grêles, distendues, mais de coloration normale. A droite on voit une tumeur kystique, de couleur brun rougeâtre, fluctuante. On la ponctionne : il s'écoule 900 centimètres cubes de liquide citrin. Le kyste vidé est extrait sans difficulté de la cavité abdominale. Au niveau du pédicule de la tumeur, qui n'est pas autre chose que la trompe distendue, on trouve l'ovaire qui a le volume d'une mandarine. Le pédicule est tordu deux fois sur lui-même, en sens inverse des aiguilles d'une montre. On le détord; il y a une légère

adhérence celluleuse entre les deux tours. On excise les annexes droites après ligature par deux fils de soie entrecroisés. Toilette péritonéale. Suture en trois plans de la paroi abdominale. Guérison. La grossesse continue.

La pièce enlevée est constituée par la trompe droite et par l'ovaire. La trompe était transformée en une tumeur kystique, type d'hydro-salpinx, mais remarquable par son volume : Un hydrosalpinx de cette taille est une rareté. Au niveau de la surface de section du pédicule, on voit une grosse veine oblitérée par un caillot adhérent, et autour trois autres veines plus petites, également oblitérées. Les artères, par contre, paraissent perméables.

L'ovaire ne participe pas à la torsion. Il a le volume d'une mandarine.

Cette observation porte à trois le nombre des cas publiés ici de salpingite à pédicule tordu, au cours de la grossesse utérine.

Dans le premier cas, observé par Hartmann, la grossesse continua son cours après ablation des annexes tordues. Dans le second, du même auteur, les accidents avaient débuté au sixième mois d'une grossesse qui évolua jusqu'à terme, et se termina par un accouchement spontané. La laparotomie ne fut pratiquée que dix mois après l'accouchement, et permit d'enlever à droite une tumeur annexielle à laquelle l'appendice adhérait et dont le contenu était hématique. Le pédicule, formé par le ligament large droit, était tordu d'un demi-tour en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Cette torsion en sens inverse des aiguilles d'une montre paraît être la règle, au cours de la grossesse, puisqu'elle a été observée trois fois sur trois cas.

Cette observation montre une fois de plus combien la grossesse expose à la torsion les tumeurs pédiculées en connexion avec l'utérus.

Au cours de l'opération, on a eu soin de ménager l'utérus le plus possible, d'éviter surtout son déplacement dans la cavité abdominale; aussi ne s'est-on pas servi du plan incliné qui peut, en faisant tomber l'utérus dans la cavité abdominale, provoquer l'avortement. Du reste l'opérée fut soumise après l'opération, suivant la pratique recommandée par M. Pinard, aux injections de morphine (1/2 centigramme matin et soir) dans le but de paralyser la contractilité utérine.

Hystérectomie abdominale supravaginale pour fibromes compliquant une grossesse de quatre mois et demi (*Suite de la discussion*

sur la communication de M. Schwartz). — M. SCHWARTZ. — L'accord est bien près de se faire entre chirurgiens et accoucheurs; tous sont maintenant d'avis que l'intervention pour fibromes dans le cours de la grossesse doit être exceptionnelle ; l'intervention chirurgicale est indiquée lorsque apparaissent des accidents graves déterminés par la présence du ou des fibromes, ou bien encore lorsque, ces accidents n'existant pas encore, les choses marchent de telle façon qu'ils paraissent inévitables.

Dans le cas rapporté par M. Schwartz, l'observation de la malade pendant un mois avait permis de constater une accentuation des phénomènes de compression du côté du rectum et de la vessie (mictions incessantes et pénibles, constipation très opiniâtre, difficilement levée par des purgatifs) en même temps que la diminution des forces et l'amaigrissement.

Une intervention faite chez une femme encore résistante paraissait devoir mieux convenir pour son salut qu'une opération pratiquée sur une femme en état de déchéance, en admettant qu'elle ait pu atteindre le terme de la viabilité de l'enfant.

M. VARNIER. — Chirurgiens et accoucheurs sont, après discussion, tout près de s'entendre. L'intervention chirurgicale, au cours de la grossesse, devient ainsi, non plus de principe (et en vertu des idées qu'on se fait *a priori* sur les dangers *à venir* qui *pourraient* résulter de la complication fibromateuse), mais de fait.

Il s'agit d'un traitement curatif d'accidents *existants*.

Dans certains cas très exceptionnels, le chirurgien a le droit de prendre une décision *préventive* « avant que la femme soit en état de déchéance », lorsque, comme le dit Richelot, « les choses marchent de telle façon que les accidents graves nous paraissent inévitables et qu'il est temps d'agir ».

MM. VARNIER ET GOSSET. — **Rupture sous-péritonéale du segment inférieur de l'utérus (forme hémorrhagique), traitée et guérie par l'hystérectomie abdominale subtotale avec extériorisation du moignon.** — Il est de notion courante que la rupture utérine ne s'accompagne pas d'hémorrhagie externe; que l'écoulement apparent se limite habituellement à un peu de sang *noir* au moment où l'on déplace la partie fœtale. Le plus habituellement il n'y a guère plus d'hémorrhagie interne, digne d'attirer l'attention, que d'hémorrhagie externe. L'hémorrhagie interne est d'autant moindre que la rupture est plus franche.

L'hémorrhagie grave, mortelle, ne se produit que dans deux cas :

a) Exceptionnellement dans certaines ruptures complètes qui intéressent la zone d'insertion placentaire et sont suivies d'inertie utérine. On se trouve alors dans les conditions qui, après un accouchement normal, entraînent l'hémorrhagie de la délivrance : « Placenta incomplètement décollé ».

b) Moins exceptionnellement dans certaines ruptures *incomplètes*, qu'elles intéressent ou non la zone d'insertion placentaire. L'utérus ne peut se débarrasser de son contenu, comme dans les cas où la rupture est complète ; l'hémorrhagie est due à l'impossibilité où se trouve le muscle utérin de satisfaire sa rétractilité hémostatique, soit en expulsant le placenta, soit en fermant, par la rétraction du corps, la source d'apport aux vaisseaux du segment inférieur ouverts par la rupture.

La forme sur laquelle M. Varnier appelle l'attention est différente.

C'est *après l'évacuation complète* (fœtus et placenta) de l'utérus qu'il s'écoule par la vulve du sang rouge en abondance. Le palper permet cependant de constater qu'il y a rétraction du corps utérin. L'hémorrhagie n'est pas utérine, à proprement parler, mais *pédiculaire*. La rupture, occupant la région du méso-péritonéal (au lieu de passer en avant ou en arrière), a désinséré l'utérus de son hile vasculaire, qui, déchiré, saigne à plein calibre.

M. Varnier a déjà donné à la Société (mai 1899) une observation de cette forme de rupture. La rupture était incomplète et sous-péritonéale. Le pédicule utérin gauche était désinséré et rupturé. La femme mourut trois heures après l'accouchement.

M. Varnier en apporte une deuxième observation : mais cette fois de propos délibéré la laparotomie fut pratiquée pour faire directement l'hémostase.

Il s'agissait d'une multipare de 35 ans, chez laquelle après l'expulsion spontanée d'un enfant mort-né de 1.080 grammes (s'étant présenté par le sommet) et de ses enveloppes, on constata une déchirure longitudinale gauche du col et du segment inférieur, paraissant remonter jusqu'à l'anneau de contraction. Cette déchirure donnait lieu à une hémorrhagie externe inquiétante, dont la compression de l'aorte pouvait seule triompher.

Des injections d'éther et de caféine et de 500 grammes de sérum artificiel furent faites pendant les préparatifs de la laparotomie qui fut pratiquée sur-le-champ.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas d'épanchement dans la cavité abdominale. Après cette constatation seulement la malade est mise en position inclinée.

Le ligament large *droit* est infiltré de sang dans toute la hauteur de son feuillet antérieur et l'on pourrait *a priori* conclure que c'est de ce côté-ci que siège la rupture. Mais le ligament large *gauche* est également infiltré et noirâtre, et à un degré beaucoup plus marqué. Également infiltration du paramétrium antérieur, allant de la base du ligament large gauche vers le côté opposé. *Le péritoine utérin et les lames des ligaments larges sont absolument intacts.* La palpation directe de l'utérus montre partout la résistance du muscle utérin, sauf à gauche, au niveau du ligament large. Le doigt, refoulant le feuillet péritonéal, enfonce en ce point dans une dépression profonde. A ce niveau la paroi musculaire est rompue suivant une brèche verticale.

Hystérectomie sus-vaginale, au cours de laquelle on constate que l'artère utérine *gauche est rompue;* elle saigne dans la profondeur. Trois pédicules vasculaires ont été établis de chaque côté : pédicule utérin, pédicule du ligament rond, pédicule utéro-ovarien. L'utérus est amputé transversalement le plus près possible du col.

Fermeture, marsupialisation et fixation du moignon à la paroi.

Drainage de la cavité péritonéale et drainage du moignon.

Durée de l'opération : 27 minutes. Suites opératoires fébriles (réaction péritonéale, broncho-pneumonie). Guérison.

M. Pinard. — Cette observation montre à quelles surprises pénibles l'accoucheur est exposé. Au cours de l'expulsion spontanée d'un enfant tout petit, 1.080 grammes, et se présentant par la tête, l'utérus s'est rompu et la femme aurait succombé si on avait tergiversé.

Le mécanisme indiqué par M. Varnier pour expliquer cette rupture — efforts d'expulsion avant la dilatation complète — est vraisemblable. Quant à l'étiologie, il faut penser que cette femme était une grande multipare et qu'elle avait eu un accouchement antérieur en présentation du siège. Peut-être existait-il chez elle du tissu cicatriciel au niveau du col et du segment inférieur.

M. Potocki. — M. Potocki a observé récemment à la Maternité une rupture du col avec un enfant de 1.200 grammes ; le travail avait été rapide, et il avait été impossible d'empêcher la parturiente de pousser avant la dilatation complète. Le col était largement déchiré à droite et à gauche. Il n'y eut pas d'hémorrhagie.

M. Varnier insiste sur ce fait que les déchirures du col, même bilatérales, lorsqu'elles sont bien limitées au col, ne donnent pas lieu à une hémorrhagie inquiétante.

M. Champetier de Ribes demande si dans le cas de M. Varnier on avait constaté la contraction de l'utérus. Ces faits d'hémorrhagie *post partum* sans inertie ne sont pas suffisamment connus.

M. Varnier. — C'est ce paradoxe : hémorragie grave avec utérus dur, qui a poussé à rechercher et à trouver la déchirure extensive de l'utérus. C'est ce même paradoxe, joint aux notions que nous possédons depuis Hofmeier sur le mode d'irrigation du col et du segment inférieur, qui a fait conclure M. Varnier à l'existence probable d'une lésion du pédicule constatée et guérie rationnellement par la laparotomie.

M. Bouffe de Saint-Blaise rapporte une observation d'hémorrhagie *post partum* grave ; l'utérus était contracté, il y avait une déchirure bilatérale du col remontant au-dessus de l'insertion vaginale.

M. Lepage a eu l'occasion de voir récemment un utérus recueilli à l'autopsie 20 jours après l'accouchement. Il y avait une déchirure de l'artère utérine, ayant donné lieu à la formation dans le ligament large d'un anévrysme faux consécutif.

MM. Lepage et Grosse. — **Opération de Porro et hystérectomie abdominale subtotale,**

Obs. I. — Femme de 27 ans, IIIpare, ayant un rétrécissement du bassin (diamètre PSP., 97), accouchée d'enfants volumineux (4 kilogrammes, 3^{kg},150) ; la première fois on lui fit une application de forceps, la deuxième fois elle accoucha spontanément. Les deux enfants sont vivants. Elle entre à la Pitié pour son troisième accouchement. Rupture prématurée des membranes depuis 5 jours, Procidence d'un bras et du cordon.

M. Lepage fait la réduction manuelle des procidences et place un ballon de Champetier (circonférence de 27 centimètres) dans l'utérus ; ce ballon est expulsé 6 heures après, suivi d'un peu de sang noir poisseux. Les procidences se sont reproduites. Version par manœuvres internes sans difficulté. Manœuvre de Champetier pour l'extraction de la tête dernière. Enfant qui meurt quelques heures après d'hémorrhagie méningée avec fracture de l'occipital (poids 3^{kg},080, bipariétal 96 millimètres). Au cours de la délivrance artificielle, manuelle, on constate une rupture du segment inférieur

de l'utérus et de la partie gauche du cul-de-sac vaginal postérieur. Hémorrhagie externe abondante. Laparotomie immédiate. Déchirure complète. Rupture du pédicule vasculaire utérin gauche, 2 litres de liquide sanglant et de caillots dans la cavité péritonéale. Hystérectomie sus-vaginale avec fixation du moignon à la paroi et drainage du cul-de-sac postérieur. Mort le 5e jour de septicémie.

M. Lepage pense que la rupture a peut-être été amorcée par le ballon et agrandie par l'extraction. Quant à l'indication de la laparotomie pour le traitement de la rupture et l'hémostase, elle était formelle. L'infection péritonéale a été causée par la pénétration dans le péritoine du liquide contenu dans un utérus ouvert depuis 5 jours.

Obs. II. — Femme de 33 ans, VIpare (1° enfant mort-né; 2° symphyséotomie ; 3° spontané à terme; 4° spontané à 8 mois; 5° siège, basiotripsie sur la tête dernière). Bassin rétréci (diamètre p. s.-p., 10,1). Bride cicatricielle cervico-vaginale. Présentation du siège décomplété mode des fesses. Rupture prématurée des membranes depuis cinq jours. Dilatation de 1 franc. En raison du danger d'un accouchement par les voies naturelles du fait du tissu cicatriciel cervico-vaginal, M. Lepage, au lieu de pratiquer la symphyséotomie, pratique l'opération de Porro et extrait un enfant du poids de 2.830 grammes, vivant. Guérison. Cicatrisation complète au bout de deux mois.

Obs. III. — Femme de 27 ans, Ipare, tuberculeuse. Coxalgie à l'âge de 3 ans. Bassin rétréci (diamètre pr.-s.-p., 8,6). La dimension du bassin, son asymétrie ont décidé M. Lepage à pratiquer l'opération césarienne au début du travail. Enfant vivant. En raison de la tuberculose pulmonaire de la femme, M. Lepage a pratiqué l'hystérectomie supravaginale à pédicule interne extrapéritonéal avec drainage abdominal de la cavité péritonéale. Guérison.

M. Varnier. — Dans la première des observations précédentes, le drainage avait-il porté exclusivement sur la grande cavité péritonéale, ou bien avait-on pris soin, outre le drainage de la grande cavité, de la séparer du moignon drainé lui aussi et extériorisé ?

M. Lepage a drainé seulement le péritoine.

M. Potocki. — A quel moment M. Lepage a-t-il employé le plan incliné?

M. Lepage. — Seulement pour l'hystérectomie.

M. Varnier. — La question que vient de poser M. Potocki es très importante. On ne peut jamais affirmer qu'on a affaire à une rupture incomplète. Or en cas de rupture complète l'emploi du plan incliné dès le début de l'intervention, pour la partie exploration, a le gros inconvénient de faire glisser vers le diaphragme les liquides épanchés (sang, liquide amniotique, liquide d'injection). D'où des alertes respiratoires que connaissent bien ceux qui ont eu recours au plan incliné pour les tumeurs de l'abdomen compliquées d'ascite. D'où encore la possibilité de passer à côté d'un épanchement qui s'est collecté là où le chirurgien ne travaille pas.

M. Varnier a rapporté dans les *Annales de Gynécologie* de septembre dernier l'observation d'un cas de rupture qui fut opéré, la femme étant dans la position déclive avant l'incision, pendant l'opération et jusque après la suture. La grande cavité péritonéale avait semblé si propre que le ventre fut complètement refermé après l'hystérectomie, sans drainage. La femme succomba à la septicémie péritonéale et on trouva à l'autopsie un litre (mesuré) de liquide sanguinolent dans le péritoine.

La laparotomie de reconnaissance doit donc être faite dans le décubitus horizontal au moins. Après qu'on a fait la toilette jusqu'au fond du Douglas et asséché le péritoine, la position de Trendelenburg n'a plus que des avantages. Encore sera-t-il prudent, pour la toilette finale, de ramener le corps à l'horizontale et, au moins en cas de rupture complète, après avoir extériorisé et drainé le moignon, de laisser une mèche de sûreté dans la cavité péritonéale.

M. Porak. — Présentation d'un **hypospadias.**

OUVRAGES REÇUS

Chirurgie de l'utérus, par L.-G. Richelot. (Paris, O. Doin, 1902.)

Dans ce volume, L.-G. Richelot étudie les maladies de l'utérus, du vagin et de la vulve. La place consacrée par l'auteur au traitement chirurgical de ces affections est considérable ; les manuels opératoires sont décrits en détail. C'est qu'en effet ce livre s'adresse surtout aux chirurgiens de profession ; cependant la pathologie et la clinique occupent également une large place ; à

propos des métrites surtout, l'auteur étudie en détails la pathologie de ces affections et y expose des idées très personnelles. Le livre est d'ailleurs richement illustré et d'une lecture attrayante.

P. LECÈNE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Beatson. The Treatment of Cancer of the Breast by Oophorectomy and Thyroid Extract. *British med. J.*, octobre 1901, p. 1145. — **Dalché (P.)**. Dystrophie ovarienne. (Syndrome basedowiforme, pseudo-myxœdème.) *Le Bullet. méd.*, 1901, n° 90, p. 961. — **Dixon Jones**. Studies in the normal a. pathological structures of the Ovary. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1901, n° 13, p. 923. — **Duplay et Clado**. Infection tuberculeuse des organes génitaux de la femme. *Archives générales de médecine*. Paris, décembre 1901, p. 641. — **Ferroni**. Sul modo di comportasi delle cellule eosinofile in alcune affezioni ginecologiche e sul loro significato clinico. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 8, p. 871. — **Gamnon**. A Case of congenital absence of Internal Genitals; Fusion of Kidneys; Single Ureter. *Med. News*, septembre 1901, p. 452. — **Green**. A Synopsis of a three Months service in the gynecological Department of the Boston City Hospital. *Boston Med. a. Surg. J.*, 1901, décembre 642, p. 643. — **Henrotay**. Hypospade péno-scrotal élevé en femme jusque 24 ans. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1901-02, n° 4, p. 103. — **Holzapfel (K.)**. Enstehung d. Krebses. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, oct. 1902, p. 539. — **Jacobs**. Fibrome énorme libre dans la cavité abdominale. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1901, t. XII, n° 3, p. 49. — **Jayle**. De l'insuffisance ovarienne, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*. Paris, 10 décembre 1901, n° 6, p. 905. — **Merletti**. Ricerche anatomo-cliniche intorno alla tuberculosi genitale della donna. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 10, p. 612; 649. — **Monsiorski**. Einiges über Missbildung der weiblichen Genitalorgane. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 41, p. 1145. — **Monton**. Episodes in Gynecol. practice. *Am. J. Obst.*, décembre 1901, p. 813. — **Petit (P.)**. A propos de la doctrine de M. Richelot sur l'influence du neuro-arthritisme en pathologie utérine. *La Semaine gynécologique*, Paris, 24 décembre 1901, p. 409. — **Stoeckel**. Beitrag zur Diagnose der Tuberkulose in der weiblichen Blase. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 40, p. 1120. — **Waldstein**. Weiterer Beitrag zur Carçinomstatistik. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 50, p. 1363. — **William Krusen**. Ovarian Organotherapy *Bull. of Johns Hopkins Hospital*, juillet 1901, p. 213.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS. — **Coturani**. Sterilizzasione delle solutione di cocaina, *Annali ital. di Ginec.*, 1901, nº 4, p. 319. — **Edwin Walker**. Galvanism as a Remedy for Uterine Hemorrhage. *Am. J. Obst.*, nov. 1901, p. 708. — **Eisenberg** (**J.**). Ueber methodische Anwendung heisfer Scheidenirrigationen (Innendouchen) bei Frauenleiden. *Wien. medic. Presse*, 1901, nº 42, p. 1221. — **Fischer** (**H.**). Eine Intra-uterin-Spritze mit Sprayvorrichtung. *Cent. f. Gyn.*, 1901, p. 1396. — **Janvier**. Le Corset rationnel. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1901, t. XII. nº 3, p. 75. — **Kaan**. Pessaries versus Operations. *Annali of Gyn. a. Pæd.*, décembre 1901, p. 1038. — **Petit** (**P.**). Programme pour l'utilisation des levures en pansements vaginaux. *La Semaine gynécologique*. Paris, 2 juillet 1901, p. 209.

VULVE ET VAGIN. — **Alain**. Cloisonnement transversal du vagin. *Rev. mens. d'Obst., Gyn. et Pæd.*, Bordeaux, 1901, nº 9, p. 394. — **Giroux**. Hœmatocolpos par suite d'atrésie de la membrane hymen. *Bullet. méd. de Québec*, novembre 1901, p. 123. — **Ostermayer** (**N.**). Ein Fall von ausgedehnter Ruptur des linken Scheidengewölbes durch Coïtus. *Cent. f. Gyn.*, 1901, nº 46, p. 1265. — **Pestalozza**. Contributo allo studio della formazione dell' imeno. *Annali di Ost. e Ginec*, août 1901, p. 841. — **Rauline**. Imperforation de l'hymen. *L'Année méd. de Caen*, 1901, nº 11, p. 187. — **Rôumiceanu et G. Robin**. 130 Falle von Infectiöser Kolpitis kleiner Mädchen mit positivem Gonokokkennachweis. *Wien. mediz. Presse*, 1901, nº 43 p. 1970. — **Webster** (**Cl.**). The mode of incision in vaginal section. *The Boston Med. a. Surg. J.*, novembre 1901, p. 398. — **Williams** (**R.**). Vaginal cancer. *Med. Record*, novembre 1901, p. 841.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRAPHIE. — **Bander**. On the origin of Retroversio flexio Uteri and its pathological Dignity. *Med. Record*, septembre 1901, p. 490. — **Carpenter**. Chronic Lacerations of the Perineum. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1901, nº 14, p. 985. — **Edebohls**. Panhysterokolpectomy : a new prolapsus operation. *Med. Rec.*, octobre 1901, p. 561. — **Herman E. Hayd**. Retrodisplacement of the uterus in young Girls and unmarried Women. *Am. J. of Obst.*, nov. 1901, p. 634. — **Pichevin**. L'opération d'Alquié-Alexander et ses indications. La *Semaine gynécologique*, Paris, 2 juillet 1901, p. 211. — **Pichevin**. Antéflexion de l'utérus. *Sem. gynéc.*, 8 oct. 1901, p. 321. — **Rosenwassen**. Mechanical Treatment of Retrodeviations of the Womb. *Am. J. of Obst.*, novembre 1901, p. 639. — **Rühl** (**W.**). Krit. Bemerk. über Geburtsstorungen nach Vaginalfixatio uteri. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, octobre 1901, p. 477.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Abel**. Fall von Hœmatometra im rechten atretischen Nebenhorn eines Uterus duplex mit Hematosalpinx. Operation. Heilung. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1901, nº 51, p. 1280. — **Beyea** (**H.**). Tuberc. of the portio vaginalis and cervix uteri. *Am. J. of med. sc.*, novembre 1901, p. 612. — **Bossi**. Cervicitis e endocervicitis in gravidenza. *Archivio ital. di Ginec.*, octobre 1901, p. 349. — **Dorff**. De la nécessité de l'exploration digitale de la cavité utérine dans certains cas. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*,

1901-02, n° 4, p. 96. — **Hyde** (**J.**). Diseases and injuries of the cervix uteri. *Am. J. of Obstetr.*, novembre 1901, p. 657. — **Kermauver** (**F.**). Seltene Form der vaginal Portion. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, novembre 1901, p. 614. — **Kundrat**. Zur Tuberculose der Tuben und der Uterusmucosa. *Arch. f. Gyn.*, 1901, Bd. LXV, Hft. 1, p. 75. — **Martin** (**G.**). Retention of the Menses. *The British Gyn. Soc.*, novembre 1901, p. 228. — **Menge**. Das Wesen der Dysmenorrhæ. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 50, p. 1367. — **Pichevin**. Opération contre la cervicite. *La Semaine gynécologique*, Paris, 25 juin 1901, p. 201. — **Pichevin**. Traitement de l'endométrite par l'acide nitrique et la saignée. *Sem. gynéc.*, 15 octobre 1901, p. 329. — **Pichevin**. Traitement de la cervicite chronique. *Sem. gyn.*, 12 novembre 1901, p. 361. — **Pichevin**. Le liquide menstruel contenu dans l'utérus peut-il refluer dans le péritoine? *Sem. gynéc.*, 19 novembre 1901. — **Theilhaber**. Zur Behandlung der Dysmenorrhœ. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 49, p. 1339.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTERECTOMIE. — **Amann**. Zwei Fälle von Fibromyoma ligamenti rotundi. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Dez. 1901, p. 772. — **Aubeau**. Du traitement du cancer propagé de l'utérus aux tissus périphériques. *La Clinique génér. de chirurg.*, Paris, 1901, n° 2, p. 1. — **Beyea** (**H.-D.**). The Conservation or Preservation of the Ovaries a. Functionating Uterine Tissue in the Operation of Hysteromyomectomy. *Am. J. Obst.*, septembre 1901, p. 324. — **Bouilly**. De l'hystérectomie pour fibromes. *La Gynécologie*, octobre 1901, p. 385. — **Bouilly**. De l'hystérectomie pour fibromes: statistique personnelle. *Sem. gynéc.*, 5 novembre 1901, p. 353. — **Cumstom** (**G.**). Lesions of the Bladder during abdominal and vaginal hysterectomy. *The Boston med. a. surg. J.*, novembre 1901, p. 561. — **Dartigues** (**I.**). Enucléation vaginale avec ou sans morcellement par hystérectomie cervico-vaginale uni ou bilatérale. *Revue de gynéc. et de chir. abdominale*, 1901, n° 6, p. 731. — **Doyen**. L'albuminurie chez les femmes atteintes de fibromyomes utérins. Guérison par l'opération. *Revue critique de médecine et de chirurgie*. Paris, juin 1901, p. 52. — **Ernst Lichtenstern**. Beit. zur Lehre von adenomyoma Uteri. *Mon. fur Geb. und Gyn.*, 1901, p. 308. — **Fothergill**. Deciduoma malignum. *The Med. Chron.*, juillet 1901, p. 265. — **Gellhorn**. Carcinosis of the internal genital organs in the Female. *Interstate Med. J.*, novembre 1901, p. 511. — **Gemmell**. Uterus with four and a half months pregnancy and advanced carcinoma of cervix removed by vaginal hysterectomy. *North of England obst. a. gyn. Soc.*, octobre et novembre 1901, p. 63. — **Gemmell**. Advanced Pregnancy with carcinoma of the cervix, cœsarean section and abdom. hysterectomy. *North. of England Obst. a. Gyn. Soc.*, octobre-novembre 1901, p. 72. — **Goldberg**. 23 Bauchschnitte bei Stieltorsion von Ovarial resp. Parovarialtumören. *Mon. fur Geb. und Gyn.*, Dez. 1901, p. 751. — **Goullioud**. Un cas d'hystérectomie pour cancer du col utérin. *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*, t. IV, 3° fascicule, 1900-1901, p. 160. — **Hall** (**R.-B.**). Combined vagino-abdominal operation hysterectomy. *Am. J. of Obstetr.*, novembre 1901, p. 602. — **Henry D. Ingraham**. Personal exp. with uterine fibromyomata. *Am. J. of Obstetr.*, novembre 1901, p. 666. — **Jacobs**. Fibrome sphacélé de la portion sus-vaginale du col ayant amené la nécrose

de la paroi vaginale. *Bullet. de la Soc. belge de gyn et d'obst.*, t. XII, n° 3, p. 50. — **Klein** (**G.**). Abdominale Exstirpation von Carcinomrecidiven 1 3/4 Jahre nach vaginaler Total Exstirpation des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 41, p. 1140. — **Küstner** (**O.**). Das Princip der medianen Uterusspaltung, seine weitere Verwendung im Dienste operativer Massnahmen. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 44, p. 1217. — **Lapthorn Smith**. Case of multiple Fibroids of the Uterus a. broad Ligament Cyst. filled with altered Blood: removed by Kelly's Method: Recovery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1901, p. 234. — **Lastaria**. Isterectomia abdominale per Cancro. *Archivio italia. di Ginec.*, octobre 1901, p. 414. — **La Torre**. L'elettrolisi nella cura dei fibromiomi uterini. *La Clinica ostet.*, novembre 1901, 70, 409. — **Lea** (**A.**). A Case of hydroperitoneum associated with fibro-myomata of the Uterus. *North of England Obst. a. Gyn. Soc.*, octobre-novembre 1901, p. 76. — **Le Roy Broun**. A comparative Study of the immediate Recovery of Patients following vaginal, total abdominal, and supra-vaginal Hysterectomies, involving in all one hundred a thyrty cases. *Am. Journ. Obst.*, décembre 1901, p. 792. — **Lorthioir**. Hystérect. totale pour sarc. de l'utérus chez une enfant de trois ans. *Journ. de chir. et Ann. de la Soc. belge de chirurgie*, août-septembre 1901, p. 609. — **Mason Knox**. Lipomyoma of the Uterus. *Bull. of Johns Hopkins Hospital*, octobre 1901, p. 318. — **Mc Donald**. A case of Deciduoma malignum. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1901, p. 205. — **Miranda**. Alcune isterectomie totali per fibromiomi. *Archivio d. Ost. e. Ginec.*, 1901, n° 10, p. 581. — **Noble** (**Ch.-P.**). The complications a. degenerations of Fibroid Tumors of the Uterus as bearing upon the Treatment of these Growths. *Am. J. Obst.*, septembre 1901, p. 289. — **Pichevin**. A propos du cancer utérin. *Sem. gynécol.*, juillet 1901, p. 233. — **Pichevin**. Qui a pratiqué la première hystérectomie abdominale pour fibrome utérin? *Sem. gyn.*, 16 juillet 1901. — **Pichevin**. Hystérectomie et infection puerpérale. *Sem. gyn.*, 30 juillet 1901. — **Pichevin**. De l'hystérectomie pour infection puerpérale. *Sem. gynéc.*, 15 octobre 1901, p. 329. — **Pichevin**. De la myomectomie par voie sus-pubienne. *Sem. gynéc.*, 21 octobre 1901, p. 337. — **Smith** (**F.**). Hydatids of the Uterus. *The Am. Gyn. a. Obst., J.*, septembre 1901, p. 201. — **Thiery**. A propos d'un cas de fibrome de l'utérus. *La Tribune médicale*, 1901, n° 44, p. 866. — **Travers**. Fibromyome simulating Appendicitis and causing intestinal obstruction. *The British Gynec. Soc.*, novembre 1901, p. 208. — **Trotta**. L'isterectomia nelle infezioni sub partu ed in puerperio. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 11, p. 671. — **Verdelet**. Quelques considérations sur l'hystérectomie supravaginale. *Gaz. hebdomad. des Sc. méd. de Bordeaux*, octobre 1901, n° 495. — **Vineberg**. Partial Hysterectomy for puerperal Sepsis. *Am. J. Obst.*, septembre 1901, p. 335. — **Wertheim**. Ein neuer Beitrag zur Frage der Radicaloperation beim Uteruskrebs. *Arch. f. Gyn.*, 1901, Bd. LXV, Hft. 1, p. 1.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Allaben**. Infections of the soft tissues of the female pelvis: diagnosis and treatment: report of a case. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, novembre 1901, p. 391. — **Archambault**

(**I**). Douglasites aiguës et chroniques. *Thérapeutique contemporaine*, septembre 1901, p. 558. — **Clarke** (**A**.). Some forms of Disease involving the uterine appendage. *Am. J. of Obst.*, novembre 1901, p. 620. — **Coucord**. Tubercular Peritonitis. *The Boston Med. a. Surg. J.*, octobre 1901, p. 428. — **Enrico d'Anna**. Di un caso di piosalpinge da B. coli. *Clinica chirurgica*, 30 septembre 1901, p. 741. — **Faure**. Traitement des suppurations pelviennes. *La Gynécologie*, octobre 1901, p. 392. — **Kaber** (**K**.). Hœmatocele retro-uterine ohne extra-uterin Gravidität. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 39, p. 1073. — **Lastaria**. La Colite muco-membranose da infezione utero-annessale. *Annali ital. di Ginec.*, 1901, n° 4, p. 317. — **Macnauthon-Jones**. Primary tuberculosis of the Fallopian tube with pyosalpinx. *The Lancet*, octobre 1901, p. 1031. — **Mac Collum**. Pendulous Tubercles in the Peritoneum. *Johns Hopkins hosp. Bull.*, septembre 1901, p. 293. — **Macnaughton-Jones**. Primary Tuberculous Pyosalpinx. *The British Gyn. Soc.*, novembre 1901, p. 199. — **Maylard** (**E**.). A Case of Laparotomy for Multiple Septic Abscesses and intestinal Adhesions possibly due to Salpingitis causing Obstruction, followed by a second operation nine days later for acute obstruction due to a Band a Volvulus Recovery. *The Lancet*, octobre 1901, p. 971. — **Metcalf**. A Case of congenital Malformation leading to Error in Diagnosis of tubercular Peritonitis. *Am. J. Obst.*, septembre 1901, p. 337. — **Price**. Early Op. in appendicitis. *Am. J. of Obst.*, nov. 1901, p. 685. — **Rauline**. Appendicite avec abcès dans le cul-de-sac recto-vaginal. Evacuation par le rectum, etc. *L'Année médicale*, Caen, 1901, n° 9, p. 153. — **Ryall**. Case of double Hydrosalpinx. *The British Gynec. Soc.*, novembre 1901, p. 205. — **Reynalds**. The Scope of vaginal Section in the treatment of Pus in the Pelvis, with a report of eighty two abdominal Sections without Mortality, etc. *The Boston med. J.*, décembre 1901, p. 624. — **Stinson** (**C**.). The treatment of intraperitoneal Inflammation and Suppuration in the Pelvis and Vicinity by the post-cervical Incision. *Am. J. Obst.*, décembre 1901, p. 805. — **Weir**. Torsion of a hydrosalpinx resulting in Infarction. *Am. J. Obst.*, octobre 1901, p. 529. — **Woolcombe** (**W**.). A remarkable case of double pyosalpinx with torsion of both pedicles. *The Lancet*, décembre 1901, p. 1584.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **Allingham**. A case of double ovarian cyst complicated by suppurative calculous cholecystitis. *The Lancet*, novembre 1901, p. 1336. — **Bérard**. Cancer de l'ovaire avec torsion du pédicule fibromateux ; ovariotomie et hystérectomie abdominale totale. Guérison. *Bulletin de la Société de chirurgie* de Lyon, année 1900-1901, t. IV, 3e fascicule, mars-avril 1901, p. 195. — **Byford**. Conservative operations upon the uterine Adnexa. *Med. News*, octobre 1901, p. 536. — **Carr**. Twisted Pedicle in ovarian Tumors. *Am. J. Obst.*, décembre 1901, p. 837. — **Duret**. Cysto-péritonite tuberculeuse pelvi-abdominale et Kystes de l'ovaire. *La Semaine gynécologique*, Paris, 4 juin 1901, p. 177. — **Einhorn** (**M**.). Scheinbare Tumoren des abdomens. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1901, n° 43, p. 1085. — **Ferroni**. Su alcuni tumori abdomino-pelvici retro e preperitoneali. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 10, p. 905 ; 991 ; 1057. — **Fournel** (**Ch**.). Kyste hydatique dégénéré du parovarium. *Journ. de Chirurg. et de Méd.*, 1901, n° 5, p. 67. — **Goldspohn**. Salpingo-

stomy ; resection and Ignipuncture of ovaries. *Am. J. of Obst.*, novembre 1901, p. 577. — **Hellier**. Ovariotomy in Pregnancy. Three recent Cases. *The Lancet*, décembre 1901, p. 1727. — **Henrotay**. Torsion de la trompe et du pédicule d'un kyste ovarien. *Bull. de la Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, 1901-02, n° 4, p. 101. — **Herman**. Oophorectomy in mammary Cancer. *British med. J.*, octobre 1901, p. 1150. — **Hurdon** (**E.**). A Case of primary Adeno-Carcinoma of the Fallopian Tube. *Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, oct. 1901, p. 315. — **Kahn**. *Des opérations conservatrices de la trompe*. Th. Paris, 1900-1901, n° 391. — **Lauwers**. Sarcomatose suraiguë du péritoine. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1901-02, n° 4, p. 94. — **Lewitzky**. Pseudomyxoma d. Bauchfells und des Netzes. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, oct. 1901, p. 490. — **Loewenberg**. Doppelseitige Ovariotomie (Stieltorsion) bei Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 51, p. 1389. — **Machard**. Kyste dermoïde de l'ovaire droit chez une jeune fille de 14 ans. Torsion du pédicule. Occlusion intestinale. Extirpation. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1901, n° 10, p. 615. — **Michaux**. Kyste tubo-ovarien. *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, Paris, décembre 1901, p. 1168. — **Monprofit** (**A.**). Salpingo-oophorectomie par voie abd. *Arch. prov. de Chir.*, 1er oct. 1901, p. 577. — **Orgler**. Zur Prognose und Indikation der ovariotomie wharend der Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, 1901. Bd. LXV, Hft. 1, p. 126. — **Paye** (**A.**). Ein Fall von auffallend langer Tube bei einer stielgedrehten Parovarial cyste. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Dez, 1901, p. 745. — **Peiser**. Zur Kenntnis der Implantations geschwülste von Adenocystomen des ovariums. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Aug. 1901, p. 290. — **Preiser**. Ein Beitrag zur Lehre von den Tuboovarialcysten. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXVI, Hft. 3, p. 839. — **Quénu**. Tumeurs épithéliales des trompes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, novembre 1901. p. 1009. — **Roberts**. Ovarian Cysts with papillomatous degeneration removed by abdominal Section. *North of Eng. Obst. a. Gyn. Soc.*, octobre-novembre 1901, p. 65. — **Rosenstein** (**P.**). Fibromyom d. Douglasfalte. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, oct. 1901, p. 495. — **Sauter** (**R.**) Sekundares Adenom des ovarium. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Dez. 1901, p. 776. — **Siller**. Multipler Echinococcus des Peritoneum und des Beckenbindegewebes. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 48, p. 1305.

ORGANES URINAIRES. — **Casper** (**L.**). Die Verwerthung der funktionnellen Nierenuntersuchung fur die Diagnostik der Nieren, u. Bauchchirurgie. *Cent. f. Chirurg.*, 1901, n° 44, p. 1073. — **Mailland**. Rupture brusque de la vessie par un fibrome utérin, etc. *Gazette des hôpitaux*, octobre 1901, p. 1109. — **Mirabeau** (**S.**). Bemerkungen zur Dr Stoekels « Beitrag zur Diagnose der Tuberculose in der weiblichen Blase ». *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 44, p. 1228. — **Pick**. Die Marchand'schen Nebennieren und ihre Neoplasmen nebst Untersuchungen über glykogenreiche Eierstocksgeschwülste. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXVI, Hft. 3, p. 670. — **Reygasse**. Des calculs uréthraux chez la femme. *Le Languedoc méd.-chirurg.*, 1901, n° 22, p. 329. — **Smith** (**A.-Cl.**). A Contribution to experimental Uretero-cystostomy. *Am. J. Obst.*, septembre 1901, p. 304. — **Subbotin**. Neues Verfahren zur Bildung des Harnblase und Harnrohre mit einem Sphinkter aus dem Mastdarm bei Exstrophia vesicæ, Epispadie hohen Grades, etc. *Cent. f. Chirurg.*, 1901, n° 51, p. 1257. — **Taulbee**. Ope-

ration for radical Cure of Cystocele in woman by temporary Suspension of Bladder. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1901, p. 215. — **Weinrele.** Ein Beitrag zur Therapie der Ureterenverletzungen bei Laparotomien. *Arch. f. Gyn.*, 1901, Bd. LXV, Hft. 1, p. 161.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Dooghue.** Treatment of extra-uterine Pregnancy with cases. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1901, n° 14, p. 965. — **Fowell.** Unruptured tubal Gestation removed by Laparotomy at the end of the third Month. *North of England Obst. a. Gyn. Soc.*, octobre-novembre 1901, p. 71. — **Jaboulay.** Grossesse extra-utérine tubaire en imminence de rupture, extirpée par laparotomie vaginale. *Soc. de Chir. de Lyon*, mai-juin 1901, p. 211. — **Lloy Clay.** A Case of extra-uterine Gestation ; Rupture into the general peritoneal Cavity. *The Lancet*, septembre 1901, p. 847. — **Miller (J.).** Carcinoma of the female Urethra : report of cases. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, novembre 1901, p. 417. — **Rosenvasse (M.).** Tubal pregnancy ; case operated in the eighth Week. *Am. Journ. of Obst*, novembre 1901, p. 701. — **Shoemaker.** Treatment of suppur. Hæmat. due to extra-uterine Pregnancy. *Annals of Surgery*, juillet 1901, p. 159. — **Webb S. Kelly.** Ruptured Tubal Pregnancy. *Am. J. of Obst.*, novembre 1901, p. 705.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Archambault.** L'examen de la paroi abdominale en gynécologie. *Gaz. méd. de Paris*, 9 nov. 1901, p. 353. — **Bottomley.** The Similation of the early Symptoms of simple abdominal contusion and one accompagnied by severy Intestinal Injuries. The Need of Exploration Celiotomy as an early Routine Measure. *The Boston Med. a. Surg. J.*, décembre 1901, p. 624. — **Buck.** An improved Incision in Laparotomy for the Prevention of post-operative Hernia. *British med. J.*, novembre 1901, p. 1461. — **Frederick (C.-C.).** Experiences in pelvic. and abd. surgery. *Am. J. of Obst.*, novembre 1901, p. 674. — **Gibbous.** Suturing without Knots, more particularly in wounds of the abdominal parietes. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, novembre 1901, p. 385. — **Greene-Cumston.** Transversal. Incisions in Celiotomy. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1901, n° 13, p. 895. — **Guéniot (P.).** L'évacuation aspiratrice comme complément du drainage du péritoine. *Gaz. des hôpitaux*, octobre 1901, p. 1137. — **Lexer.** Ueber Bauchverletzungen. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1901, n° 48, p. 1197. — **Lewis S. Mc Muray.** Surgery of the Spleen *Am. J. of Obst.*, novembre 1901, p. 599. — **Vautrin.** L'infection coli bacillaire en chirurgie abdominale. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Paris, 10 décembre 1901, n° 6, p. 935.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Barreras (A.).** Del momento oportuno en que debe praticarse la expresion uterina in el alumbramiento. *La Union de los med. titulores de espagna.*, 1901, n° 37, p. 596. — **Blacker.** The Prevention of asphyxia when the Birth of the after-coming head is delayed. *The Lancet*, octobre 1901, p. 1033. — **Comandoli (E.).** Evoluzione spontanea podalica sollecitata dal

vivolgimento. *La Clinica Ostet.*, novembre 1901, p. 426. — **Gröné (O.)**. Ein neuer Fall von Facialisparese nach spontaner Geburt. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 45, p. 1244. — **Hauffe (G.)**. Wehenerregung allein durch intrauterine wenig nachgiebige Gummiblasen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Aug. 1901, p. 255. — **Kehrer (E.)**. Uber Paresen des N. facialis nach. Spontangeburten. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 39, p. 1082. — **Magnus A. Tate** Management of Face presentation. *Am. J. of Obst.*, novembre 1901, p. 626. — **Rapin (O.)**. Séjour prolongé du fœtus pendant le travail dans la cavité cervicale énormément dilatée. *La Semaine méd.*, novembre 1901, p. 369.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Cocchi**. Intorno l'azione del nucleoproteide della placenta umana. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 10, p. 991. — **Erchia.** Lo Strato cellulare del Langhans. *Archiv. ital. di Ginec.*, octobre 1901, p. 402. — **Keiffer**. Recherches sur l'anatomie et la physiologie de la mamelle. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. XII, n° 3, p. 53. — **L. Lewellyn Ph.** An oblique Pelvis associated with a congenital dislocation of the hipjoint. *British med. J.*, décembre 1901, p. 1658. — **Mathas**. Uber Autolyse der Placenta. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 51, p. 1385. — **Morin**. Sur la mensuration radiographique du bassin. *Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir.*, 1901, n° 87, p. 1033. — **Ottolenghi**. Contributo all' istologia della ghiandola mammaria fonzionante. *Archiv. ital. di Ginec.*, octobre 1901, p. 397. — **Resinelli**. Ricerche comparative fra la pressione osmotica del sangue materno, del sangue fetale e del liquido amiotico. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1901, n° 11, p. 1029 — **Römer**. Untersuchungen über die intrauterine und extrauterine Antitoxinübertragung von der Mutter auf ihre Descendenten. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1901, n° 46, p. 1150. — **Stewart**. Toxicity of Urine in Pregnancy. *Am. J. Obst.*, octobre 1901, p. 506. — **Trovati**. Sulla placenta umana. *Annali ital. di Ginec.*, 1901, n° 4, p. 311.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Karl Heil**. Phys. Pulsverlangsamung im Wochenbett. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, novembre 1901, p. 657. — **Le Maitre**. De la délivrance et des suites de couches dans les malformations utérines. *La Presse médicale*, décembre 1901, p. 340. — **Schaeffer**. Uber ein neues Frühmerkmal begonnener Schwangerschaft und über ein Gleiches Betreffs des Absterbens yunger Früchte. *Cent. f Gyn.*, 1901, n° 50, p. 1375. — **Taussig**. On prolonged gestation, report of a case. *Am. J. Obst.*, octobre 1901, p. 516. — **Ugo-Arturo-Betti**. I Purganti nel Puerperio. *La Clinica obstetrica*, septembre 1901, p. 341. — **William R. Nicholson**. Management of the Pregnant and puerperal Patient. *Am. J. of med. Sciences*, novembre 1901, p. 630.

DYSTOCIE. — **Boni (A.)**. Uterus bicornis unicollis in rapporto alla gravidanza, al parto e al puerperio. *La Clinica ost.*, novembre 1901, p. 430. — **Champetier de Ribes**. Dystocie par kystes hydratiques, opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale. Enfant vivant ; guérison de la mère. *Bull. Académ. méd.*, 1901, n° 41, p. 794. — **Clayton A. Lane**. Pregnancy a. Labour in one Horn of a bilobed uterus ; Placenta prœvia. *The Lancet*, novembre 1901, p. 1263. — **Hirigoyen**. Deux cas d'utérus et de vagin doubles avec

grossesse et accouchement à terme. *Rev. mens. gynéc., obst. et pæd.*, Bordeaux, n° 10, p. 441. — **Maygrier**. L'accouchement dans les cas de bassin moyennement rétréci. *La Tribune médicale*, 1901, n° 45, p. 885. — **Miles F. Porter**. Cornual pregnancy rupture in the fourth Month. *Am. J. of Obst.*, novembre 1901, p. 692. — **Puech**. Kyste dermoïde de l'ovaire compliquant l'accouchement. *Gaz. des hôpitaux*, décembre 1901, p. 1393.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Chazan**. Uber Zwillingsgeburten mit langen Pausen zwischen der Geburt des ersten und zweiten Zwillings. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 49, p. 1343. — **Maygrier**. Diagnostic des grossesses gémellaires. *Gaz. des hôpitaux*, novembre 1901, p. 1310.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bouilly**. Un cas de récidive de grossesse extra-utérine. *La Semaine gynécologique*, Paris, 6 juillet 1901, p. 217. — **Cornil et Weinberg**. Anatomie et histologie de la grossesse tubaire. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1901, n° 5, p. 713.— **Foa**. Sullo sviluppo extrauterino dell' uovo dei mammifari. *Annali ital. di Ginec.*, 1901, n° 4, p. 314. — **Gangolphe**. Grossesse extra-utérine. *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*, année 1900-1901, t. IV, 3e fascicule, mars-avril 1901, p. 199. — **Guérard**. Wahre Graviditas interstitiale. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 45, p. 1244. — **Humiston (W.)**. Interesting Case of tubo-abdominal Pregnancy. *Am. J. of Obstetr.*, novembre 1901, p. 698. — **Picqué**. Grossesse extra-utérine sous-péritonéo-pelvienne. *Bullet. et Mém. de la Soc. de chir.*, novembre 1901, p. 1014. — **Seeligmann**. Trauma und Extrauteringravidität. *Deuts. med. Woch.*, 27 juin 1901, p. 431. — **Sittner**. Ein Fall von siebenmonatlicher Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmulter mit lebendem Kinde. Zugleich einige Betrachtungen über die Diagnose und die Operation bei vorgeschrittener Extrauteringravidität mit lebender Frucht auf Grund einer Zusammenst. voy. 26 Fallen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXVI, Hft. 3, p. 526. — **E. Frank A. Stall**. Repeated Pregnancy in the same Tube : a Case of homotopic and homositic repeated tubal Pregnancy. *Am. J. of Obst.*, octobre 1901, p. 475. — **Vignard (E.)**. Grossesse extra-utérine tubaire droite. *Arch. prov. de chir.*, octobre 1901, p. 607.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Bandler (S.-W.)**. Ætiologie der Dermoid cysten und Teratome. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*. oct. 1901, p. 497. — **Budberg**. Zur Alkoholbehandlung des Nabelschnurrestes. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 39, p. 1080.— **Chapat-Prévost**. Les monstres doubles. *Gaz. méd. de Paris*, 1901, n° 41, p. 321. — **Hue (F.)**. Hernie ombilicale embryonnaire contenant la presque totalité du foie (hépatomphale). *Bull. et Mém. Soc. chirurg*, Paris, décembre 1901, p. 1164. — **Joochminstal**. Ueber angeborene Defecbildungen aof Oberschenkel. *Arch. f. Gyn.*, 1901, Bd. LXV, Hft. 1, p. 113. — **Le Clerc**. Tératencéphalien. *L'Année méd.*, Caen, 1901, n° 12, p. 193. — **Papescul**. Ein ungewöhnlicher Fall von Sacralteratom. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 39, p. 1077. — **Powers**. Giant Sacrococcygeal Tumors. An Account of one wich pursued an Atrophic Course. *Med. News*, octobre 1901, p. 641. — **Redfern (J.)**. Prolonged action of the heart maintained by artificial respiration without other

signs in a new born infant. *British med. J.*, décembre 1901, p. 1734, — **Schultze** (**S.**). Zur Kenntniss der Todesart des Kindes bei vorzeitiger Lösung der Placenta. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 49, p. 1337. — **Schwab**. Ligature et pansement du cordon ombilical. *La Presse méd.*, octobre 1901, p. 198. — **Sfameni**. Sul peso delle secondine e del feto a termine e sui loro rapporti reciproci. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 9, p. 933.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Bidone**. Segondo taglio cesareo con incisioni sagittale del fondo sulla stena dona a bacino rachitico. *Arch. ital. di Ginec.*, 1901, n° 4, p. 253. — **Cristeanu**. Consideratiuni asupra dona cazuri de symphiseotomie. *Revist. de Chirurg.*, 1901, n° 10, p. 433. — **De Lee**. Three cases of cesarean Section and a consideration of the indication for Craniotomy. *Am. J. Obst.*, octobre 1901, p. 454. — **Everke** (**C.**). Ueber Kaiserschnitt III. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, nov. 1901, p. 627. — **Fieux**. Des indications de l'accouchement prématuré. *Rev. mensuelle Obst. Gyn. et Pæd.*, Bordeaux, 1901, n° 9, p. 359. — **Fieux** (**G.**). Accouchem. provoqué accéléré par emploi combiné de la dilatation manuelle et des incisions du col pour accidents gravido-cardiaques. *Rev. mensuelle de Gyn., Obst. et Pæd.*, Bordeaux, novembre 1901, p. 469.— **Gache** (**S.**). Dos nuevas operaciones cesareas. Curacion. *La Sem. médic.*, Buenos-Aires, septembre 1901, p. 585. — **Guarrigues** (**H.**). The Dilatation of the Cervix uteri in Obstetric practice. *Med. News*, septembre 1901, p. 447. — **Hirigoyen**. Symphyséotomie pratiquée pour la troisième fois chez la même femme. *Rev. mensuelle Gyn., Obst. et Pæd.*, Bordeaux, 1901, n° 10, p. 435. — **Holmes**. Ablatio Placentæ ; a Study based upon two hundred cases in the Literature. *Am. J. Obst.*, décembre 1901, p. 753. — **Ill** (**Ch.**). Ten cases of Cesarean Section. *Am. J. of Obst.*, novembre 1901. — **Latzko**. Beitrage zur Technik der Embryotomie. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, décembre 1901, p. 730. — **Maiocchi**. L'applicazione di forcipe su testa posteriore al tronco. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 10, p. 1018. — **Martin** (**A.**). Symphyseotomie und Kaiserschnitt. *Deuts. med. Woch.*, octobre 1901, p. 729. — **Miranda**. Un terzo Parto Cesareo col taglio sul fondo. *Arch. di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 11, p. 645. — **Ravn**. Symphyseotomy on a generally contracted Pelvis. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1901, p. 231. — **Zirolia**. Contributo alla studio della scelta dell' intervento Ginecologico nelle stenosi pelviche. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 9, p. 548.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Androuesco**. Laparotomie en cours de grossesse pour appendicite: accouchement à terme. *Bullet. et Mem. Soc. chirurgie*, Bucarest, 1901, n° 6, p. 197. — **Aubry**. Un cas de vomissements incoercible de la grossesse, traité avec succès par la méthode de Copeman. *La Loire méd.*, 1901, n° 11, p. 264. — **Clivio**. Di alcuni casi di grave anemia puerperale. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 8, p. 851. — **Davidshon**. Zur Lehre von der « Mola hœmatomatosa ». *Arch. f. Gyn.*, 1901, Hft. 1, p. 181. — **De Paoli**. Contributo alla scelta dell' intervento nei casi gravi di eclampsia. *Archiv. di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 9, p. 539. — **Einsenberg**. Eine einfache u. sichere Methode der instrumentellen Ausraumung der Gebärmutter ohne Assintent bei Abortus. *Cent. f. Gyn.*,

1901, n° 40, p. 1118. — **Fothergill**. Spurious abortion. *The med. Chron.*, octobre 1901, p. 13. — **Ghazarossian**. Traitement des hémorrhagies postabortum dues à la rétention des débris ovulaires. *La Semaine gynécologique*, Paris, 17 décembre 1901, p. 401. — **Guerard** (**A.-V.**). Vorz. Losung der normal sitzenden Placenta am Ende der Schwangerschaft. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, novembre 1901, p. 619. — **Henne** (**H.**). Zur Reposition des Nabelschnrvorfalls. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 51, p. 1393. — **Herzfeld**. Beitrag zur Eklampsiefrage. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 40, p. 1111. — **Herzfeld**. Rupture des schwangeren Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 44, p. 1219, — **Higgins**. The treatment of puerperal Infections at the Boston City Hospital. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, décembre 1901, p. 1081. — **Hirigoyen** (**L.**). Notes cliniques sur vingt-six cas d'éclampsie. *Rev. mensuelle de Gyn., Obst. et Pæd.*, Bordeaux, 1901, n° 11, p. 457. — **Hoole** (**J.**). A complicated Case of Placenta Prævia. *The Lancet*, octobre 1901, p. 978. — **Hutchinson**. Hœmorrhage due to Incomplete Abortion. *The Lancet*, septembre 1901, p. 848. — **Kossmann** (**R.**). Zur Geschichte des Wortes Eklampsie. *Mon. fur Geb. und Gyn.*, Aug. 1901, p. 288. — **La Torre**. Contributo all' etiologia ed all' anatomia patologica dell' oligoidramios e delle sviluppo fetale. *Archiv. ital. di Ginec.*, octobre 1901, p. 386. — **Lee**. A Case of Fatal Hemorrhagie Diathesis, with Premature Detachment of the Placenta. *Am. J. Obst.*, décembre 1901, p. 785. — **Lœwenstein**. Klinisch-statistische Beiträge zur Puerperalfieberfrage. *Arch. f. Gyn.*, 1901, Bd. LXV, Hft. 1, p. 40. — **Marchesi**. Sulla Mola destruente. *Archiv. di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 9, p. 554. — **Mayol**. Tratamiento del aborto incompleto. *Rev. de Med. y Cirurg.*, Barcelone, 1901, n° 10, p. 140, 488. — **Mc Swain**. Puerperal Fever. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1901, p. 219. — **Micholitsch**. Ein Fall von Breus'cher Hämatommole mit blasenahnlicher Degeneration der Chorionzotten. *Arch. f. Gyn.*, 1901, Bd. LXV, Hft. 1, p. 72. — **Miranda** (**G.**). Contributo alla cura dei vomiti incoercibili gravidi. *Arch. di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 9, p. 517. — **Moore**. A Case of sudden Death after Labor with autopsy. *The Boston med. a. Surg. J.*, novembre 1901, p. 412. — **Nordmann**. Zur Frage der Placenta Adherenz. *Arch. f. Gyn.*, 1901, Bd. LXV, Hft. 1, p. 95. — **Oliver** (**J.**). Atony of the Uterus as a Cause of External Hæmorrhage during Utero-gestation. *Edinb. med. J.*, décembre 1901, p. 550. — **Pichevin**. Du traitement de l'infection puerpérale. Rachicocaïnisation. *La Semaine gynécologique*, Paris, 6 août 1901, p. 249. — **Pichevin**. Accès paludéen après l'accouchement. *Sem. gyn.*, 1er octobre 1901. — **Pinatelle**. Sur un cas de phlébite puerpérale remarquable par des rechutes lointaines et une localisation insolite. *Gaz. hebdom. de méd. et de Chirurg.*, 1901, n° 101, p. 1201. — **Porter**. Infection, an ætiological factor in Abortion. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1901, p. 226 — **Prentiss**. A case of Fever during the puerperium caused by a large lombricoid worm in the Intestine. *Am. J. Obst.*, décembre 1901, p. 843. — **Reifferscheid**. Beitrag z. Lehre von der Hydrorrhœa uteri gravidi. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 41, p. 1143. — **Sippel**. Kaiserschnitt wegen Eklampsie. *Mon. fur Geb. und Gyn.*, Aug. 1901, p. 280. — **Stoufs**. Eclampsie post partum rapidement mortelle chez une jeune primipare. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, Bordeaux, 1901-1902, n° 4, p. 93. — **Stroganoff**. Uber die Behandlung der Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 48, p. 1309. — **Taylor** (**R.**).

Nausea a. vomiting during Pregnancy. *Annals of Gynec. a. Ped.*, 1901, n° 8, p. 559. — **William Taylor**. The excessive vomiting of Pregnancy. *Am. J. Obst.*, octobre 1901, p. 499. — **Zinke** (**G**.). Is Cœsarean Section justifiable in the treatment of Placenta prævia. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, n° 4, p. 334.

THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Doléris** et **Malartic**. La rachicocaïnisation considérée comme méthode de provocation de l'accouchement. *Gazette hebdom. de Méd. et de Chirurg.*, 1901, n° 95, p. 1131. — **Lipes** (**J**.). Technique in obstetric practice with the exhibition of practical antiseptic labor bag. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1911, n° 13, p. 912. — **Lop**. De l'emploi du sucre contre l'inertie utérine. *Gaz. des hôpitaux*, octobre 1901, p. 1149. — **Malatesta**. Ragione del ritorno al forcipe a branche parallele. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1901, n° 8, p. 898. — **Proubasta**. El forceps y los desgarros del perine. *Rev. de Med. y Cir.*, Barcelone, 1901, n° 12, p. 532.

VARIA. — **Bleynie** (**L**.). Statistique analytique de la clinique obstétricale de l'Ecole de médecine de Limoges. *Le Limousin méd.*, 1901, n° 9, p. 149. — **Blin**. Un accouchement au Dahomey. *Bullet. mensuel de la Soc. Vaudoise des sages-femmes*, 1901, n° 11, p. 127. — **Bowen** (**S**.). Considerations regarding the Best Methods of Conducting Private Practice Work. *Am. J. Obst.*, décembre 1901, p. 824. — **Budin**. L'enseignement de l'obstétrique à Paris en 1901. *La Presse méd.*, novembre 1901, p. 301. — **Edwin Ricketts**. Sarcoma of the Breast. *Am. J. of Obst.*, novembre 1901, p. 688. — **Fleck**. Zur Ætiologie der Mastitis. *Arch. f. Gyn.*, 1901, Bd. LXVI, Hft. 3, p. 872. — **Horre** (**A.-W**.). Early prophylaxis in obstetrics. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1901, n° 14, p. 978. — **Huguenins**. Les grossesses nerveuses ou par suggestion. *Le Concours méd.*, 1901, n° 42, p. 403. — **Remington**. Report of the more Interesting Obstetric Operations and Cases in the University Maternity. *Univ. of Pens. Med. Bulletin*, juillet 1901, p. 154. — **Savary**. Une erreur de diagnostic à propos d'avortement. *Bullet. méd. de Québec*, novembre 1901, p. 119. — **Soli** (**T**.). La fecondita della dona in rapporto colla sua statura ed ampiezza del bacino. *Lucina*, 1901, n° 11, p. 157.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris-Tours, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

CONTRIBUTION

A LA PATHOGÉNIE DES TROUBLES PSYCHIQUES ET CONVULSIVANTS

PROVOQUÉS OU EXAGÉRÉS PAR LA MENSTRUATION

Par le Dr **Viallon**, médecin en chef à l'Asile de Bron (Rhône).

« L'époque des retours menstruels, dit Esquirol (1), est toujours un temps orageux pour les aliénées, même pour celles dont les menstrues ne sont point dérangées. » Tous les auteurs sont d'accord pour déclarer que la période cataméniale amène d'ordinaire une exacerbation des troubles psychiques et convulsivants ; l'excitée maniaque voit alors son agitation subir une recrudescence marquée ; la lypémaniaque est, à ce moment-là, plus tourmentée, plus hallucinée, manifeste de la sitiophobie, des tendances au suicide, quelquefois verse momentanément dans la confusion mentale et même dans la stupeur ; les dégénérées présentent fréquemment des obsessions ou des impulsions au meurtre, au suicide, au vol ou à l'incendie ; les épileptiques, les hystériques ont des crises convulsives plus fréquentes ; les paralytiques générales ont parfois aussi des attaques épileptiformes et apoplectiformes dans le cours d'une période menstruelle.

Cette exacerbation des troubles mentaux chez les aliénées n'a pas lieu de nous étonner, puisque, même chez les personnes saines d'esprit, la menstruation est d'habitude le point de départ de perturbations psychiques légères et transitoires.

S'il y a unanimité au point de vue clinique, les auteurs se séparent quant à l'interprétation à donner de ces phénomènes.

(1) Esquirol, *Des Maladies mentales*, t. I, p. 70.

1° Pour les anciens auteurs, le sang menstruel jouit de propriétés nocives, et les troubles psychiques liés à la fonction cataméniale s'expliquent par un empoisonnement du sang.

2° Le plus grand nombre considèrent ces troubles comme sympathiques, réflexes.

3° Quelques auteurs modernes, reprenant les idées de Pline et des auteurs du moyen âge, tendent à considérer l'utérus et l'ovaire comme des organes de sécrétion et d'épuration et rapportent, en partie du moins, les phénomènes morbides qui accompagnent la menstruation à un état toxihémique, état toxihémique produit par cette sécrétion ou par un défaut d'épuration.

Depaul et Guenot (1) commencent déjà à considérer la fonction menstruelle comme servant à l'élimination : « Selon nous, disent-ils, la fonction menstruelle ne remplit pas dans l'économie un rôle unique, mais, au contraire, fait un office très complexe et, selon toute apparence, quelquefois variable. De même que les sécrétions cutanée, rénale, hépatique, etc., l'exhalation cataméniale est utilisée à plusieurs fins. Non seulement elle décharge le système vasculaire d'une certaine quantité de sang, mais elle concourt à éliminer de l'organisme une portion de son carbone. »

Dans ces dernières années, les recherches de Chroback, de Curatello, Toruli, Silva, Knauer, et surtout celles de Charrin et de ses collaborateurs, ont permis d'édifier la théorie de l'élimination de substances toxiques par la menstruation et la fonction sécrétoire de l'utérus et surtout de l'ovaire. « Chez la femme qui attend son époque, dit Charrin (2), on voit apparaître des céphalées, des malaises, qui se dissipent bientôt après ; on peut encore remarquer que les nourrissons des nourrices qui, par hasard, demeurent réglées, présentent de l'entérite, de l'érythème, etc., de préférence la veille de l'apparition de l'hémorragie utérine. Si on groupe tous ces faits, si

(1) DEPAUL et GUENOT, Article « Menstruation ». *Dict. encycl. des sciences médicales*, p. 731.

(2) CHARRIN, *les Poisons de l'organisme. Poisons des tissus*, p. 107.

on se souvient qu'en dépit de quelques observateurs, qui ont confondu chlorose et anémie de croissance, d'alimentation, de sécrétion, de déperdition, etc., cette chlorose est une affection du sexe féminin, on est porté à penser qu'elle est due à une intoxication ayant pour cause l'insuffisance de fonctionnement en tant qu'émonctoire de l'appareil utéro-ovarien... Du reste les troubles enregistrés, les détériorations globulaires sont d'ordre toxique : on peut les réaliser à l'aide de divers poisons. »

Pour Keiffer (1) la *fonction glandulaire* de l'utérus est des plus importantes. « Parmi les organes qui paraissent jouer le rôle de glandes à sécrétion interne et qui, jusqu'ici, n'ont pas été l'objet d'études approfondies à cet égard, se trouve l'utérus des mammifères... Le processus menstruel détermine deux actes différents, et dans le domaine de la vie génitale locale, et dans le domaine de la nutrition générale : exciter l'activité génésique, préparer la maturation des éléments germinatifs, débarrasser les tissus de produits de sécrétion venus peut-être de tous les points de l'organisme, doués d'une activité sexuelle spéciale ou simplement pour suivre une voie d'élimination spécifique. Mais ici, comme pour tous les actes sécrétoires, il faut que les produits émis par la cellule vivante trouvent une application chimique immédiate, un entraînement rapide au dehors. Si l'intégrité des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et glandulaire fait défaut, ces produits, non éliminés, acquièrent tout de suite les caractères toxiques; cette toxicité s'exhale rapidement et s'augmente des produits toxiques sécrétés par la muqueuse (mucine) elle-même ; la résorption de tous ces éléments chimiques d'origine et de destination différentes, ayant cessé d'appartenir à la vie organique, entraîne la déroute de l'équilibre nutritif. »

Tout dernièrement enfin, Armand Gautier (2), étudiant le

(1) KEIFFER, La fonction glandulaire de l'utérus. *Archives de physiologie*, 1897, p. 635.

(2) A. GAUTIER, La fonction menstruelle. *C. R. Acad. sciences* août 1900.

rôle de l'arsenic dans l'économie, arrive aux conclusions suivantes : « Les protéides thyroïdiennes arsenicales et iodées activent la vie générale et sont particulièrement utilisées par les organes d'origine ectodermique. L'arsenic et l'iode se désassimilent chez le mâle par la chute des cheveux, des poils, des cornes et par la desquamation épidermique. Chez la femelle le surplus de ces principes arsenicaux et iodés se détourne périodiquement vers les organes génitaux, qui les utilisent pour le développement du fœtus, s'il y a fécondation, ou qui les rejette au dehors dans le cas contraire (1). »

On serait donc tenté d'interpréter tous les états toxiques, psychiques et convulsivants, qui naissent à l'occasion de la menstruation, par le mécanisme d'une auto-intoxication d'origine purement utéro-ovarienne. Nul doute qu'il en soit ainsi dans certains cas.

Cependant nous croyons que, dans certaines circonstances, peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit, la menstruation peut par l'intermédiaire du système nerveux (que cette action du système nerveux soit produite par la sécrétion ovarique ou utérine, ou par tout autre mécanisme) produire indirectement des troubles fonctionnels des divers organes et que ces troubles fonctionnels, par les modifications qu'ils peuvent apporter dans la composition des humeurs sont susceptibles de créer des états toxiques plus ou moins accusés se traduisant souvent par une élévation de la température, une exagération du délire et des phénomènes convulsifs.

Nous avons pu constater parmi les troubles les plus fréquents ceux de l'appareil digestif. Le moment des époques est parfois la cause déterminante d'indigestions, d'embarras gastrique ; nous avons le plus souvent une constipation plus

(1) Consulter en outre : Elsner, Infl. de la menst. sur la sécrétion gastrique. *Archiv für Verdauunge Krankheiten*, 1899. — Pinzani, *Rech. expér. sur quelques modific. apportées par la castr. dans l'échange matériel.* — Sfameni, Infl. de la menst. sur la quantité d'hémogl. et de corpuscules du sang. *Arch. ital. de biologie*, 1899. — Charrin et Guillemonat, Influence des extraits d'ovaire. *Société de biologie*, juin 1900.

ou moins opiniâtre, quelquefois de la diarrhée, plus rarement des alternatives de constipation et de diarrhée, avec langue chargée, haleine fétide, inappétence dans la plupart des cas, et quelquefois de la fièvre. D'ordinaire ces troubles naissent avec la menstruation et disparaissent avec elle.

On conçoit toute l'importance de ces faits depuis que les travaux de Bouchard ont bien mis en évidence, au point de vue toxihémique, la nécessité du bon fonctionnement gastro-intestinal, travaux corroborés depuis par de nombreuses observations cliniques.

Les troubles du côté de la sécrétion urinaire ne sont pas rares pendant la menstruation et doivent parfois aussi entrer en ligne de compte dans la production des phénomènes d'auto-intoxication. Si, exceptionnellement, on a pu constater de l'albuminurie transitoire et, plus exceptionnellement, de la glycosurie, il est fréquent de remarquer des modifications importantes dans la quantité des urines émises, dans la proportion de l'urée, de l'acide urique, des différents sels et des matières colorantes. On note souvent une oligurie passagère, surtout les jours qui précèdent les époques, quelquefois de la rétention d'urines, comme nous l'avons vu chez une de nos malades, et, le plus habituellement, de la pollakiurie. Souvent aussi, la fin des époques est marquée par une véritable débâcle urinaire, urines abondantes, limpides, à peine teintées (urines nerveuses des auteurs).

Tous ces différents troubles de la fonction urinaire s'associant à des phénomènes gastro-intestinaux ne peuvent qu'exagérer l'état toxique. Ils peuvent aussi exister seuls et, d'après ce que l'on sait de la toxicité des différents principes de l'urine et surtout des matières extractives et colorantes, on conçoit, au point de vue toxihémique, les conséquences de leur défaut d'élimination.

L'idée de cette courte contribution nous a été suggérée par l'étude d'un tracé de température poursuivi pendant quatre mois chez une aliénée qui, à chaque période menstruelle, présentait, outre une élévation thermique notable, des phéno-

mènes gastro-intestinaux naissant à l'occasion de la menstruation et disparaissant avec elle.

Depuis que notre attention a été éveillée sur ce point, nous avons eu l'occasion de rencontrer plusieurs faits analogues.

Ajoutons, toutefois, que chez la majorité des femmes aliénées et régulièrement menstruées, d'une bonne santé physique habituelle, ces phénomènes gastro-intestinaux sont à peine marqués et n'ont, par conséquent, aucune répercussion appréciable sur l'état mental ou convulsif. Il nous a semblé qu'il fallait pour ainsi dire une certaine prédisposition du côté des organes de la digestion, constipation habituelle, tendance aux différents troubles digestifs...

A l'appui de notre manière d'interpréter dans quelques cas les états toxiques liés à la menstruation, nous relaterons quelques-unes de nos observations résumées, mais auparavant nous insisterons sur les phénomènes thermiques qui peuvent accompagner les époques et qui viennent ainsi apporter une sorte de consécration à notre théorie.

De la température dans le cours de la menstruation. — C'est Stoltz (1) qui le premier, croyons-nous, a indiqué une élévation de température au moment des époques. « La peau, dit-il, devient d'une coloration plus foncée, l'œil perd de son éclat, s'enfonce dans l'orbite, s'entoure d'un cercle bleuâtre, la température du corps est augmentée... » Mais il se borne à cette simple assertion sans indiquer l'amplitude et les conditions de cette augmentation de température.

La plupart des auteurs qui ont traité de la menstruation, ou passent cette question sous silence ou disent que les règles n'ont aucune influence.

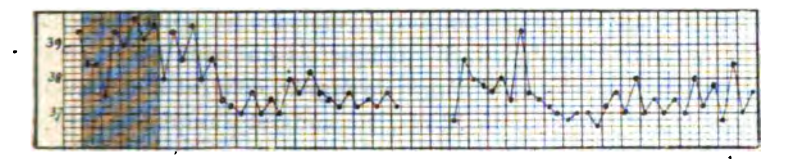
Cependant Wunderlich (2) et Henning (3) mentionnent

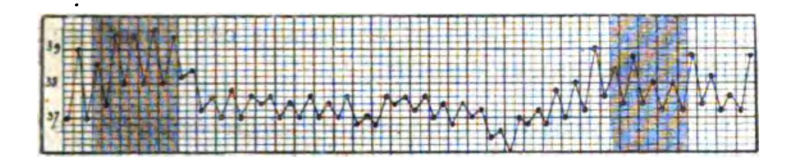
(1) STOLTZ, Article « Menstruation ». *Dict. de méd. et de chir.*, p. 303.

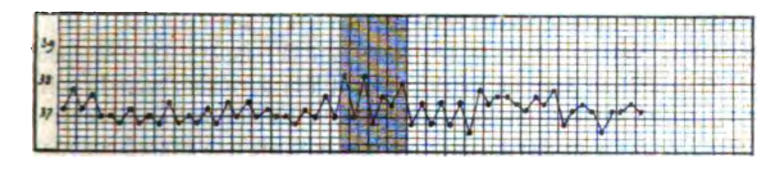
(2) WUNDERLICH, *De la temp. dans les maladies*. Trad. LABADIE, p. 105

(3) HENNING, De la température dans la menstruation. *Archiv für Gynækologie*, 1873.

certaines modifications de la température : « La menstruation normale, dit Wunderlich, chez les femmes bien portantes, reste ordinairement sans effet sur la température du corps. En revanche, il y a parfois des ascensions de la température pendant les règles que l'on doit positivement regarder comme fébriles et qui tantôt sont accompagnées d'autres troubles fonctionnels, tantôt constituent le seul phénomène pathologique. »







Les parties grisées correspondent à la période des règles.

D'après Henning, la température axillaire monte et descend dans les quatre à cinq jours qui précèdent la menstruation, puis s'élève de nouveau le jour de l'apparition du sang et redescend au moment de la cessation pour retourner à son taux normal.

Campbell-Clark (1) prétend que « les règles sont précédées

(1) Campbell-Clark, Les fonctions sexuelles et de la génération. *The Journal of mental sciences*, oct. 1888.

d'un faible abaissement de calorique, puis la température se relève et se maintient jusqu'à la fin de la période un peu supérieure à la normale ».

A notre avis, si la menstruation peut amener un état fébrile, ce n'est qu'exceptionnellement et dans certaines conditions, *surtout lorsqu'elle provoque des phénomènes gastro-intestinaux*, lorsque, comme le dit Wunderlich, les règles sont *accompagnées d'autres troubles fonctionnels.*

De nombreux tracés que nous avons pris systématiquement sur un très grand nombre de malades ne nous laissent aucun doute à cet égard. Si quelquefois on peut noter une élévation de quelques dixièmes de degrés, cela est bien insuffisant pour dire comme Stoltz, Henning et Campbell-Clark, que la température du corps est augmentée, car le phénomène inverse peut se présenter avec une égale fréquence.

Le tracé « n° 1 » ci-joint est un exemple convaincant de l'influence des troubles digestifs.

Obs. I. — Il s'agit d'une lypémaniaque anxieuse, âgée de 34 ans manifestant en même temps que des idées d'indignité des craintes d'empoisonnement avec quelques phases intermittentes de sitiophobie. A l'entrée à l'asile cette malade avait ses époques, la température était de 39°,4 ; le deuxième jour la température s'abaisse et, le troisième jour au matin, revient à la normale ; mais le soir nous avons 39°,4 et, les jours suivants, la température oscille entre 39° et 39°,8. La fin des époques est marquée par une chute brusque, puis la température se régularise peu à peu. Au moment de cette période cataméniale on note de l'embarras gastrique très prononcé, langue sale, haleine fétide, céphalalgie, coliques, ventre tendu, douloureux ; constipation ayant nécessité plusieurs purgatifs et quelques lavements glycérinés.

Avec la cessation des époques, l'état gastro-intestinal redevient meilleur, les selles se régularisent ; cependant la langue est toujours un peu sale, surtout le matin ; l'appétit est diminué ; on administre le naphtol.

La température se maintient normale jusqu'au 11 octobre. A cette date il se produit un nouvel accès gastro-intestinal avec fièvre, et deux jours après les règles apparaissent. La température

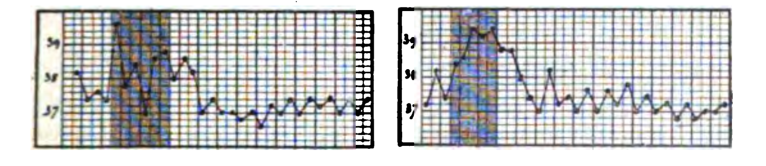
subit de grandes oscillations (38° à 39°,5) pendant leur cours et tombe le surlendemain de leur cessation.

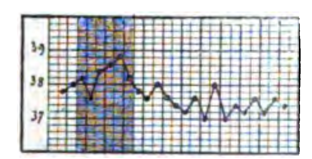
Du 21 octobre au 8 novembre, apyrexie ; langue toujours un peu chargée, digestion plutôt pénible, vaguement douloureuse. Léger abaissement de température le 5 et le 6, par suite de refus des aliments pendant 4 jours. Le 8, au soir, nouvelle poussée fébrile ; le lendemain les règles se montrent (température 38°), le surlendemain au soir nous atteignons 39°, la fièvre persiste jusqu'au 13 pour s'atténuer dans les jours qui suivent en présentant quelques petites poussées irrégulières. Pendant cette période cataménial, et pendant les jours qui l'ont précédée et suivie, les troubles gastro-intestinaux se sont exagérés à nouveau.

La 4e période menstruelle, en décembre, s'accompagne des mêmes phénomènes thermiques et gastro-intestinaux.

Ajoutons enfin qu'au moment des époques l'état lypémaniaque anxieux de la malade subissait une exacerbation notable, et, certains moments, présentait tous les caractères de la confusion mentale.

Dans les tracés n° 2, 3 et 4, les maxima de la température ont toujours coïncidé avec le milieu de la période menstruelle,



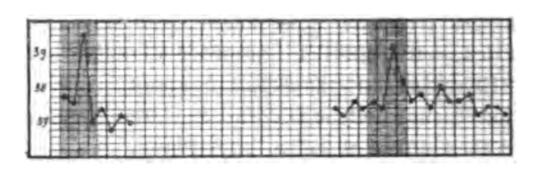


et la fièvre est toujours tombée plus ou moins rapidement avec la cessation des époques. Les troubles gastro-intestinaux et surtout la constipation ont eu une évolution absolument parallèle à la température.

Citons aussi la malade qui fait l'objet du tracé n° 5 et que nous avons observée en novembre et en décembre 1901.

Obs. II. — Cette jeune femme atteinte d'excitation maniaque présentait d'ordinaire, au moment de ses règles, une exacerbation considérable de son agitation.

Nous avons constaté qu'à ce moment-là sa constipation s'exagérait, sa langue était sale, son estomac douloureux à la pression.



l'appétit était presque nul, et, durant tout le temps des règles, l'alimentation se faisait difficilement.

Le thermomètre indiquait une température de 39°,5 le deuxième jour de la menstruation en novembre, et de 39°,2, également le deuxième jour de la menstruation, en décembre.

La fièvre tombait le troisième jour, les phénomènes gastro-intestinaux en même temps s'amendaient considérablement, et quelques jours après les époques la langue était bonne et l'appétit normal.

Parmi nos observations nous croyons devoir citer les suivantes qui concernent des vésaniques et des convulsivantes chez lesquelles la menstruation a été la cause provocatrice de troubles psychiques ou d'attaques convulsives par suite de troubles fonctionnels variés (le plus ordinairement de la digestion) créant des états toxiques plus ou moins accentués.

Obs. III. — Femme âgée de trente-huit ans, d'une bonne constitution physique, généralement bien réglée, mais présentant quelques tares héréditaires (son père était un ivrogne invétéré, et un de ses oncles paternels, alcoolique aussi, se serait suicidé après avoir présenté pendant quelques années des troubles mentaux manifestes : affaiblissement intellectuel progressif avec idées vagues de persécution).

Il y a quelques mois, la malade s'est plainte de troubles gastri-

ques variés (perte de l'appétit, douleurs stomacales après les repas, ballonnement du ventre, constipation...). Elle prend, sur les conseils de son médecin, des amers et des cachets de rhubarbe, qui n'amènent que peu de soulagement.

En novembre dernier, le moment des époques provoque une recrudescence de ces troubles; en même temps la malade est un peu excitée, se querelle sans motif avec son mari, ne veut rien manger pendant toute une journée, se met parfois à verser d'abondantes larmes. Cet état persiste pendant toute la durée des règles, puis disparaît rapidement.

En décembre, à l'occasion des époques, un nouvel accès semblable se montre, précédé de troubles gastro-intestinaux.

Du 20 décembre au 15 janvier, l'état mental est excellent : la malade est travailleuse, docile, se souvient à peine de ce qu'elle a fait ou dit pendant l'écoulement menstruel. Elle se plaint toujours de douleurs vagues au creux épigastrique, de crampes après les repas, de maux de tête pendant la digestion : constipation habituelle.

Au 15 janvier, état gastrique plus mauvais, langue sale, appétit presque nul.

Le 16, même état.

Le 17, apparition des règles, refus partiel des aliments, craintes d'empoisonnement, cauchemars et hallucinations nocturnes de la vue (au dire du mari); en même temps excitation violente. Le médecin appelé prescrit une potion au chloral et bromure, la malade brise la bouteille, disant qu'on va l'empoisonner, essaie de s'enfuir, puis s'excite de plus en plus.

C'est alors qu'elle est amenée à l'asile où nous constatons les phénomènes suivants : embarras gastro-intestinal très prononcé, température 37°,8; les règles coulent encore. Une limonade Rogé produit une véritable débâcle de matières fécales dures, arrondies. Le soir, la température n'est que de 37°,8; l'état psychique redevient presque normal; la nuit est relativement bonne.

Le lendemain les règles se sont arrêtées; la malade est dans un état mental satisfaisant, cause bien de toutes choses, ne se souvient que vaguement de ce qui lui est arrivé, mais reconnaît elle même qu'elle a eu l'esprit un peu dérangé à l'occasion de ses trois dernières périodes menstruelles. Puis, spontanément, elle attribue à « son mauvais estomac » et à sa constipation les troubles psy-

chiques qu'elle a présentés. « Les quelques jours qui précèdent mes règles, dit-elle, je souffre davantage de l'estomac, aucun aliment ne me fait plaisir ; si je mange, je digère difficilement, je souffre de la tête et ai des envies fréquentes de vomir ; dernièrement, je n'étais pas allée du ventre depuis six jours, je crois. »

Le mari, que nous avons interrogé, nous confirme ces renseignements. Il a bien remarqué, lui aussi, que la menstruation était précédée de phénomènes gastriques, qui persistaient pendant tout le temps de l'écoulement cataménial.

Traitement : antiseptiques intestinaux et laxatifs; les règles suivantes se passent sans incident; la malade quitte l'asile.

En résumé : troubles gastro-intestinaux et surtout constipation, s'exagérant fortement au moment de la menstruation et auxquels on peut attribuer l'état fébrile et les manifestations psychiques.

Obs. IV. — Femme âgée de 28 ans, couturière. Antécédents héréditaires : mère un peu excentrique, portée à la mélancolie; grand'-mère maternelle ayant versé dans la démence sénile, un frère bizarre, mauvais sujet.

Antécédents personnels : pas de maladie grave dans l'enfance ni dans l'adolescence; rougeole à 5 ans, réglée à 16 ans, assez régulièrement; pas de lésions pulmonaires ni cardiaques.

Entre à l'asile pour un accès de mélancolie anxieuse datant de quinze jours au moins et dont la cause occasionnelle paraît devoir être un surmenage professionnel avec alimentation insuffisante.

Est menstruée huit jours après son admission à l'asile ; on ne note aucune modification appréciable dans l'état mental ; gémit toujours, s'accuse de fautes imaginaires, s'alimente mal. Régime lacté ; quelques lavements glycérinés pour combattre la constipation. Avec ces précautions va assez régulièrement à la selle.

Le 18 juin, apparition des époques; troubles gastro-intestinaux très accusés; constipation opiniâtre malgré de nombreux lavements glycérinés ; la température atteint 39° le soir. L'état mental subit une modification importante, la malade verse dans la confusion mentale avec excitation, crie et se lamente pendant la plus grande partie de la nuit, paraît effrayée, fait des gestes de défense.

Le lendemain matin, 19 juin, température 38°,2. Même situation mentale ; langue chargée, ventre ballonné, douloureux; deux lave-

ments purgatifs sont immédiatement rejetés par la malade et ne provoquent aucune évacuation. Le soir, la température est de 38°,7.

Le 20 juin, température 38°,5. Administration d'un cachet de 0gr,60 de calomel, qui ne produit son effet que vers les 5 heures du soir; selles abondantes. A partir de ce moment, la malade est plus tranquille, dort mieux la nuit.

Le 21, la langue est moins chargée ; la malade réclame elle-même à boire du lait, répond mieux aux questions ; les règles ne sont pas encore terminées.

Le 22, amélioration progressive de l'état mental et de l'état physique. Cessation des époques.

Le 23, disparition de la confusion mentale, retour de la malade à son état antérieur de lypémanie anxieuse.

Le 15 juillet suivant, les époques amènent aussi quelques troubles du côté des organes digestifs et un peu de confusion mentale: il n'y a pas de température.

Obs. V. — Femme âgée de 27 ans, giletière. Ses antécédents personnels et héréditaires sont inconnus, la malade donnant des renseignements contradictoires. Est atteinte d'excitation maniaque : incohérence absolue des propos et des actes.

Est à l'asile depuis six mois, et chaque période menstruelle a provoqué une exagération de son état maniaque. Examinée par nous, en novembre dernier, au moment de ses règles, nous constatons de l'embarras gastrique avec constipation (n'est pas allée à la selle depuis quatre jours au moins); il y a une légère réaction fébrile le soir : 38°,1. Avec la cessation des époques, disparition des phénomènes gastro-intestinaux ; deux selles copieuses à la suite d'un lavement purgatif.

Les époques de décembre sont accompagnées par les mêmes troubles du côté de la digestion; la température n'a pu être prise à cause de l'indocilité de la malade.

En janvier, constipation remarquable au moment des règles ; la température atteint, le deuxième jour au soir, 38°,9. Calomel 0gr,60; trois selles. Amélioration mentale consécutive.

Quelques autres observations que nous avons pu recueillir ne font pour ainsi dire que répéter celles que nous venons de relater. Nous croyons donc inutile de les mentionner.

Certaines de nos malades ont eu, au moment de la menstruation, un retentissement marqué du côté de la fonction urinaire ; oligurie dans la plupart des cas, abaissement du taux de l'urée, etc. ; quelques-unes mêmes ont présenté de la rétention d'urine, comme dans l'exemple suivant :

Obs. VI. — Femme âgée de 43 ans, entrée à l'asile pour des troubles mentaux mal caractérisés : accès de dépression mélancolique, puis réactions maniaques ; quelques idées confuses de persécution et, par intermittences, impulsions au suicide.

A été réglée à l'âge de 17 ans et régulièrement depuis. Il y a un an ses fonctions menstruelles se sont dérangées ; la malade a eu quelques métrorrhagies, des pertes fétides. Elle été examinée par un gynécologiste qui a constaté l'existence sur le col utérin de végétations, d'ulcérations indiquant un carcinome probable. L'état général de la malade n'a été qu'en périclitant et, à l'heure actuelle, elle est dans un état cachectique. Les troubles mentaux se sont développés parallèlement.

Au moment de ses époques la malade a remarqué elle-même une certaine difficulté dans la miction et une diminution dans la quantité des urines émises.

Le 19 septembre, les règles se montrent; l'état général devient rapidement mauvais ; la langue est sèche, rôtie à la pointe, la malade se plaint, crie et s'excite une partie de la nuit.

Le lendemain matin, 20 septembre, nous constatons une rétention d'urine ; la sonde, introduite dans la vessie, donne issue à 800 grammes environ de liquide ; légère et pénible miction à midi. La malade n'urine plus de la soirée ni de la nuit; elle est sondée le 21 au matin (600 grammes d'urine).

Ces troubles de la miction se sont montrés à plusieurs reprises chez cette malade, pendant qu'elle était dans notre service, et tout particulièrement au moment des règles.

Chez les convulsivantes, la période menstruelle est toujours une période critique, en ce qu'elle rappelle d'ordinaire les crises (un grand nombre d'épileptiques n'ont d'attaques qu'à ce moment). Des travaux récents (1) tendent à considérer

(1) P. Marie, Note sur l'étiologie de l'épilepsie. *Progrès médical*,

les convulsivants comme des cicatriciels et à rapporter les convulsions à des intoxications (phénomène de rappel par excitation d'un foyer ancien). On conçoit, d'après ce que nous avons déjà dit des troubles gastro-intestinaux et quelquefois urinaires qui accompagnent souvent la menstruation, quelle peut être dans certains cas la pathogénie des convulsions provoquées ou exagérées par les époques chez les épileptiques et quelquefois chez certaines paralytiques générales. Il paraît y avoir une certaine relation entre l'intensité des phénomènes gastriques et le nombre de crises. Si, dans certains cas, les phénomènes gastriques sont secondaires aux attaques ou à l'état de mal, comme cela s'observe fréquemment, ici, au contraire, le trouble gastro-intestinal est le premier en date, précédant d'un jour ou deux les règles. S'exagère-t-il au début de l'écoulement menstruel ? les crises deviennent alors plus nombreuses. L'état du tube digestif s'améliore-t-il ? les crises diminuent.

1884, n° 44. — LEMOINE, Note sur la pathogénie de l'épilepsie. *Progrès médical*, 1888, n° 16. — DENIS et CHOUPPE, Note sur le pouvoir toxique de l'urine dans l'épilepsie. Com. à la *Société de biologie*, 1889. — FÉRÉ, Effets immédiats et tardifs des injections intra-veineuses d'urines d'épileptiques. *Société de biologie*, 1890. — VOISIN et PERON, La toxicité urinaire chez les épileptiques pendant les séries et dans leur intervalle. *Archives de neurologie*, 1892 et 1893. — MAIRET et BOSC, Recherches sur la toxicité des urines des épileptiques. *Archives de physiologie*, 1896, p. 426. — TEETER, Rapports de l'urée et de l'épilepsie. *The Alienist and Neurologist*, janvier 1895. — LÉPINE, Épilepsie survenant à la suite d'écarts de régime. *Revue de médecine et de chirurgie*, 1877. — POMMAY, même titre. *Revue de médecine et de chirurgie*, 1881. — MAROTTE, Communication à l'*Ac. de médecine*, 12 nov. 1881. — AGOSTINI, Sur la toxicité du suc gastrique chez les épileptiques. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, mars 1896. — M. DE FLEURY, *le Traitement médical de l'épilepsie*. — MOTET, *Académie de médecine*, 1898. — C. NEISSER (de Leubus). *Die paralytischen Anfälle*, 1894. — LEGRAIN, *Communic. à la Société médico-psychol.*, séance du 26 nov. 1894. — BRIAND, *Société médico-psychol.*, séance du 26 nov. 1894. — GUÉRIN, Thèse, Lyon, 1895. — JOHN TURNER, Sulfates dans l'urine des paralytiques généraux, leur rapport avec les attaques qui surviennent chez ces malades. *The Journal of mental sciences*, janvier 1895.

Obs. VII. — Épileptique âgée de 28 ans, avec crises peu fréquentes et se produisant d'habitude au moment des règles.

En mars (19), la veille de ses époques, elle se plaint de céphalalgie et de constipation (elle ne serait pas allée à la selle, dit-elle, depuis 3 jours au moins). Elle est conduite le soir même à l'infirmerie, la température est de 37°,8, la langue est un peu chargée.

Le lendemain matin (20 mars) température 38°,1, la langue toujours saburrale, céphalalgie persistante. Les règles se montrent dans la matinée : quatre crises épileptiques de 8 heures du matin à 2 heures de l'après-midi. La malade n'est pas encore allée du ventre et prend une limonade Roger à 3 heures. Quatre crises de 3 à 6 heures, température 38°,2. A 7 heures le purgatif fait son effet (3 selles). Pas de crise dans la nuit.

21 mars au matin : température 37°,6, langue meilleure. Dans la soirée 2 crises, pas de selle, température 38°,5.

Le 22 mars, embarras gastro-intestinal plus marqué, langue rôtie à la pointe, la malade n'est pas allée du ventre depuis deux jours, la température monte à 38°,6 le matin et atteint 38°,8 le soir. On administre un lavement purgatif qui provoque 2 selles. Dans cette journée la malade a eu 10 crises épileptiques.

Le 23, état général meilleur ; les phénomènes gastro-intestinaux s'amendent ; la malade a une selle spontanée, pas de crises. Les règles ne sont pas encore terminées.

Le 24, température à peu près normale, l'appétit revient, les règles cessent, pas de selle.

Le 25, limonade Roger, état général assez bon, pas de crise.

Du 25 au 31, disparition des troubles gastro-intestinaux, pas de phénomènes thermiques, pas de convulsions.

Obs. VIII.—V..., âgée de 37 ans. Antécédents héréditaires : mère aliénée (trois séjours à l'asile pour accès maniaques), une sœur déséquilibrée.

Antécédents personnels : coqueluche et rougeole dans l'enfance. Réglée à 15 ans sans incidents notables. Première attaque épileptique à 17 ans, à la suite d'une frayeur (?). Depuis quelques mois déjà, la malade urinait parfois au lit.

Les attaques, assez rares, arrivent toujours au moment des époques et s'accompagnent alors de troubles mentaux variés : légère confusion mentale avec excitation, hallucinations senso-

rielles diverses et tendances aux actes impulsifs, au suicide notamment, délire un peu incohérent, à fond érotico-religieux ; la malade récite son chapelet, s'agenouille, parle de Dieu, de la sainte Vierge, du diable et de l'enfer, s'accuse de fautes puériles, etc.

En avril 1900, état gastrique, anorexie au moment des époques ; une crise épileptique, confusion mentale.

En mai, pas de troubles gastro-intestinaux, pas de crises.

En juin, état gastrique précédant les époques, puis deux crises pendant la menstruation.

En juillet, rien du côté des voies digestives, pas de crises.

En août, trouble gastro-intestinal, une crise avant les époques et une après.

En septembre et octobre, même situation.

En décembre enfin, toujours état gastro-intestinal précédant les époques et une crise.

Obs. IX. — Malade âgée de 29 ans. Elle vient de l'hôpital sans renseignement et est elle-même incapable d'en fournir.

État mental : incohérence des idées, délire mégalo-maniaque. La malade se croit riche à plusieurs millions, a de nombreux protecteurs, etc. Affaiblissement notable de la mémoire. Satisfaite.

Etat physique. — Légère hésitation de la parole ; spasme des muscles de la face ; inégalité pupillaire, tremblement des doigts, réflexes rotuliens exagérés ; pas de trépidation épileptoïde ; la force ne paraît pas diminuée, ni dans les membres supérieurs, ni dans les membres inférieurs. Rien au cœur ni aux poumons. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. Appétit diminué, constipation habituelle. Urines acides, ne renfermant ni sucre ni albumine. La malade est assez régulièrement réglée.

En mai 1900, constipation depuis plusieurs jours, langue saburrale, haleine fétide. La malade est dirigée sur l'infirmerie. Le soir les époques se montrent, la température est de 37°,8.

Le lendemain 8 mai, la température du matin est de 37°,8, et, le soir, de 38°,6. A 4 heures du soir, attaques épileptiformes qui se répètent pendant une heure environ, et plus accentuées du côté droit ; lavement purgatif à 5 heures ; une selle dure, une heure après. Dans la nuit, la veilleuse signale plusieurs nouvelles attaques convulsives.

Le 9 mai, à la visite du matin, on constate toujours le mauvais

état des voies digestives : langue blanchâtre, un peu rosée à la pointe, haleine toujours fétide, le ventre paraît douloureux à la pression. Le malade a eu une crise épileptique à 8 heures. On prescrit le régime lacté absolu, le naphtol à l'intérieur et une prise de calomel ($0^{gr},60$). Trois crises de 8 à 11 heures. Débâcle fécale à 11 heures : matières dures, arrondies. Une nouvelle selle à 3 heures de l'après-midi. Une crise légère à 5 heures. Le soir, la température atteint 39°.

Le 10, une crise épileptique vers les 10 heures du matin, pas de selle dans la journée, langue toujours chargée, température 38°,4 le matin et 38°,6 le soir.

Le 11, cessation des époques. Température 37°,4 le matin. Une crise épileptiforme très légère à 3 heures. Lavement purgatif suivi d'une selle à 7 heures.

Le 12 mai, état gastro-intestinal bien meilleur. Pas de crise, température normale, une selle spontanée.

Le 13 mai, même situation. Le soir un lavement salé provoque une selle.

Le 14 et 15 mai, la malade commence à prendre le régime ordinaire, revient à son état antérieur.

Conclusions. — Nos observations nous permettent de poser les conclusions suivantes :

1° L'état toxique provoqué par la menstruation reconnaît comme cause, dans certains cas, des troubles fonctionnels divers, le plus souvent des troubles gastro-intestinaux ou urinaires ;

2° Dans ces conditions la menstruation peut s'accompagner :

a) De phénomènes thermiques ;

b) De troubles mentaux caractérisés ordinairement par de la confusion mentale ;

c) De phénomènes convulsifs, chez les épileptiques et les paralytiques généraux.

SUR LE TRAITEMENT

DES RUPTURES UTÉRINES

AVEC UNE STATISTIQUE DE 77 CAS

Par le professeur Dr **Draghiesco** et le Dr **Cornelius Cristeanu**
(de Bucarest).

Le traitement des ruptures utérines est revenu avec juste raison à l'ordre du jour. Beaucoup d'accoucheurs et des chirurgiens apportent des cas ou des statistiques plus ou moins nombreuses, plus ou moins heureuses pour tâcher d'établir, selon les dernières données de la science, les indications du meilleur traitement à suivre dans cette terrible complication de l'accouchement, dont le pronostic est encore si sombre.

Nous avons eu l'occasion de rapporter 3 cas de rupture opérés et guéris (1).

Dans le Congrès tenu à Nantes, M. Varnier a été chargé d'un rapport sur cette question. On trouve dans son rapport une statistique de 23 cas. De ces cas le rapporteur déduit le seul traitement raisonnable qui doit être préconisé dans les ruptures de l'utérus, c'est-à-dire : laparotomie et hystérectomie abdominale.

Nous voudrions apporter à l'appui de cette opinion, qui est aussi la nôtre, la statistique de la Maternité de Bucarest pendant 21 ans, c'est-à-dire à partir de 1880 jusqu'à 1901 exclusivement, statistique qui comprend 77 cas de ruptures, tant complètes qu'incomplètes. On trouve des complications très variées : ruptures de la vessie, du rectum, des ligaments ronds,

---

(1) CRISTEANU, Sur le traitement des ruptures utérines complètes par hystérectomie abdominale totale. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1901, p. 249-269.

passage complet dans le ventre d'un fœtus à terme, poche amniotique intacte, nécrose de l'utérus, etc.

Cette statistique peut être divisée en 3 périodes :

La première part du commencement de l'antisepsie.

Dans la deuxième, l'intervention commence par 3 laparotomies et sutures de la déchirure.

Dans la troisième et dernière figurent seulement les 3 derniers cas, traités par hystérectomie abdominale totale.

Par les résultats obtenus à la suite de l'intervention, par le même personnel presque, dans les mêmes conditions, nous croyons qu'il n'y a qu'une seule conclusion à tirer : intervention par laparotomie et hystérectomie totale dans toutes les ruptures de l'utérus.

Pendant 21 années, 1880-1901, il y a eu à la Maternité 23.016 accouchements selon le tableau suivant :

ANNÉES	ACCOUCHEMENTS	RUPTURES	MORTS	GUÉRISONS
1880	610	4	4	0
1881	568	1	0	1
1882	542	2	2	0
1883	597	4	3	1
1884	580	5	5	0
1885	676	3	3	0
1886	817	2	2	0
1887	783	5	3	2
1888	878	8	5	3
1889	924	7	5	2
1890	870	5	2	3
1891	1020	2	0	2
1892	1089	0	»	»
1893	1101	8	6	2
1894	1333	5	5	0
1895	1512	0	»	»
1896	1545	3	2	1
1897	1797	3	2	1
1898	1777	2	1	1
1899	1980	1	1	0
1900	2019	7	3	4
Total............	23016	77	54	23

Pendant les années 1892 et 1893, il n'y a eu aucune rupture de l'utérus ou du vagin.

Voici les résumés des observations :

1. — Vpare. Utéro-vaginale CIG-HG. Enfant mort. Rupture complète, col déchiré à droite sur 10 centimètres d'étendue (toute la circonférence droite du cul-de-sac). Embryotomie. Durée de l'accouchement : 120 heures. Causes : 1° prédisposante : position vicieuse ; 2° occasionnelle : tentative de réduction à domicile. Femme morte 2 heures après.

2. — IIIpare. Rupture utéro-vaginale partie antérieure. Décapitation à domicile par des commères. Forceps sur tête seule. Placenta prævia. Femme morte 8 heures et demie après. Durée accouchement : 3 jours.

3. — Rupture vaginale complète. Siège : Cul-de-sac antérieur ; CID-HD (?). Enfant mort. Durée accouchement : 2 jours. Version. Femme morte après 13 heures et demie.

4. — IIIpare. Rupture utéro-vaginale complète, col déchiré sur étendue de 10 centimètres et le cul-de-sac antérieur. Enfant mort en HG-CID. Durée accouchement : 2 jours. Version. Femme morte après 12 heures et demie.

5. — IIIpare. Rupture utéro-vaginale incomplète. Enfant mort hydrocéphalie. Administration de seigle ergoté à domicile. Durée accouchement : 38 heures. Perforation et cranioclasie. Guérie 21 jours.

6. — Vpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : antéro-postérieur gauche : le col 2 centimètres et le cul-de-sac gauche. Enfant mort en HG-CID. Version. Durée accouchement : 50 heures. Femme morte. Survie 10 heures et demie.

7. — IIIpare. Rupture utérine incomplète. Siège de la rupture à droite, au niveau du corps. Enfant mort en OIDP. Forceps. Durée de l'accouchement : 73 heures. Femme morte. Survie 14 heures.

8. — Ipare. Rupture utérine complète. La moitié gauche antéro-postérieure, le col déchiré jusqu'à 6 centimètres sous l'orifice interne. Enfant mort en OIGA. Hydrocéphalie, perforation. Cranioclasie. Durée de l'accouchement : 73 heures. Femme morte. Survie 9 heures.

9. — VIpare. Rupture utérine incomplète. La moitié dans le cul-de-sac et le col jusqu'à l'orifice interne. Durée de l'accouchement : 24 heures. Enfant mort OIDP. Version. Forceps sur tête dernière. Femme morte. Survie 35 heures.

10. — Vpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : cul-de-sac droit, antéro postérieure. Enfant mort OIGA. Forceps. Durée de l'accouchement : 30 heures. Femme morte. Survie 36 heures.

11. — VIpare. Rupture utéro-vaginale incomplète. Col et cul-de-sac gauche. Enfant mort OIGA. Durée de l'accouchement : 20 heures. Forceps. Guérie 19 jours.

12. — IIIpare. Rupture utérine complète. Siège : toute la face antérieure du col et du corps sur une étendue de 20 centimètres. Durée accouchement : 58 heures. Fœtus mort OIGA passé dans le ventre. Forceps. Femme morte. Survie 62 heures.

13. — IVpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : la paroi antéro-latérale gauche. Durée de l'accouchement : 15 heures. Enfant mort OIGA. Forceps. Femme morte. Survie : 15 heures.

14. — IIpare. Rupture utéro-vaginale complète. On trouve non détachée seulement une portion du cul-de-sac droit. Rupture du corps à gauche. Enfant mort HG-CIG. Durée de l'accouchement : 96 heures. Version. Femme morte. Survie : 23 heures.

15. — IIIpare. Rupture utéro-vaginale incomplète. Siège : cul-de-sac antérieur et gauche. Décollement total du péritoine de la paroi abdominale. Fœtus mort OIGA passé dans le ventre. Forceps. Femme morte 9 jours après.

16. — IIpare. Rupture utéro-vaginale incomplète. Antéro-latéral gauche. Durée de l'accouchement ? Enfant mort HG-CIG. Embryotomie par crochet de Braun. Femme morte 52 heures après.

17 (1). — VIIpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : antéro-latéral droit. Durée de l'accouchement : 3 jours. Enfant mort en SIDP. Crochet de Braun, descente d'un pied. Femme morte après 15 heures.

18. — Ipare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : antéro-latéral droit. Durée de l'accouchement : 24 heures. Enfant mort OIDP. Forceps. Femme morte après 23 heures.

19. — Vpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : antéro-latéral droit. Durée de l'accouchement : 24 heures. Enfant mort CIG-HG. Éviscération. Femme morte après 48 heures.

20. — VIIIpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : antéro-

(1) Les observations de la Maternité jusqu'au nº 18 sont publiées dans le mémoire du Dr Hépitès, *Rupturi ale uterului*, Bucuresci, 1884.

postérieur. Durée de l'accouchement: 24 heures. Enfant mort HD-CIG. Version. Femme morte après 15 minutes.

21. — IXpare. Rupture utérine complète gauche. Durée de l'accouchement: 26 heures. Enfant hydrocéphale mort OIGA. Perforation Blot. Forceps. Femme morte. Survie : 12 heures 35 minutes.

22. — IVpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : col, corps et cul-de sac antéro-latéral droit. Prolapsus du fond de la vessie par la plaie abdominale. Durée de l'accouchement? Enfant mort macéré OIGA. Forceps. Mortification des bords de la plaie. Femme morte 7 heures après.

23. — IVpare. Rupture vaginale complète. Siège : cul-de-sac antérieur. Durée de l'accouchement ? Enfant mort OIGA. Forceps. Femme morte 16 heures 30 minutes.

24. — IVpare. Rupture vaginale complète. Moitié droite de la circonférence. Enfant mort OIDP. Forceps. Durée de l'accouchement: 16 heures. Femme morte après 12 heures.

25. — IVpare. Rupture vaginale incomplète. Cul-de-sac antérieur. Deux fistules vésico-vaginales séparées par un pont de tissu normal. Durée de l'accouchement : 3 jours. Enfant mort OIGA. Forceps. Femme guérie 16 jours.

26. — VIIIpare. Rupture vaginale incomplète *pour la deuxième fois*. Expulsion à domicile du fœtus.

Fœtus et placenta dans la poche formée par décollement du feuillet péritonéal. Siège: antéro-latéral droit. Enfant mort HD-CIG. Embryotomie par crochet de Braun. Durée de l'accouchement : 20 heures. Guérie 32 jours. Il est à noter que cette femme avait eu lors de la première rupture une présentation cranienne, des phénomènes péritonéaux, fœtus mort et qu'à une grossesse ultérieure, à la suite de la *troisième rupture* de la cicatrice, elle est morte à domicile.

27. — VIIIpare. Rupture vaginale et de la vessie incomplète. Siège : cul-de-sac antérieur et fond de la vessie. Durée de l'accouchement ? Enfant mort HD-CIG. On essaye l'embryotomie par le crochet de Braun et, vu l'impossibilité, on pratique l'éviscération. Femme guérie 18 jours après. Quant à la fistule, on la passe dans un service chirurgical pour être opérée.

28. — IVpare. Rupture vaginale complète. Tous les culs-de-sac sauf le postérieur. État général : moribonde. Durée de l'accouchement ? Placenta expulsé à domicile. Cordon ombilical coupé.

Enfant mort HD-CIG macéré. Tête et main droite passées par la déchirure. Version. Femme morte après 6 heures 40 minutes.

29. — IVpare. Rupture vaginale incomplète. Siège : moitié circonférence droite. Durée de l'accouchement ? Enfant mort OIDP. Forceps sans résultat. Perforation. Forceps. Femme guérie 34 jours.

30. — Xpare. Rupture du vagin et de la vessie douteuse ? Siège : cul-de-sac antérieur et moitié latéraux. Vessie. Durée de l'accouchement : 2 jours et demi. Enfant mort OP. Perforation. Forceps. Femme guérie 8 jours. Exeat sur ses demandes répétées. Fistule dans le même état.

31. — IVpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : demi-circonférence antéro-latérale droite. Enfant mort HG-CIG. Décapitation par le crochet Braun. A gauche deux autres ruptures séparées par un pont de tissu normal. Femme morte. Survie 9 heures.

32. — VIIpare. Rupture utéro-vaginale douteuse. Siège : col et vagin à droite. Enfant vivant SIDT. Variété podalique, asphyxié, ne peut être ranimé. Hémorragie moyenne arrêtée par des tampons au perchlorure de fer liquide. Quatre jours après, au moment de l'élimination de l'eschare, *hémorragie foudroyante secondaire*. Femme morte. Survie 4 jours.

33. — Xpare. Rupture vaginale incomplète. Les 3/4 de la circonférence antéro-latérale et postérieure droite. Enfant mort OIGA, rotation accomplie. Forceps. Durée de l'accouchement ? Femme morte après 8 jours, à la suite de l'infection péritonéale et générale.

34. — XIIpare. Rupture du vagin et du rectum complète. Siège : moitié de la circonférence antéro-latérale gauche. Bride cicatricielle transverse de la paroi postérieure à la suite d'un accouchement laborieux 7 ans avant. Femme morte 7 jours après.

35. — IVpare. Rupture utérine incomplète. Accouchement à domicile. Depuis 4 jours, rétention placentaire. Hémorragie forte. Extraction du placenta. Femme morte 16 heures après. A la nécropsie, on constate : en dehors des lésions de l'infection péritonéale, une rupture incomplète de l'utérus qui avait l'aspect des fissures ayant une direction longitudinale du fond de l'organe vers le col et sur la paroi antérieure et en bas, fissures qui intéressent les trois quarts du muscle.

36. — Xpare. Rupture vaginale incomplète. Tous les accouchements antérieurs par intervention. Siège : antéro-latéral droit. Enfant vivant, mobile OIGA. Durée de l'accouchement : 3 jours et

demi. Forceps, résultat nul. Perforation. Femme morte. Survie : 13 jours.

37. — IXpare. Rupture vaginale complète. Siège : cul-de-sac antérieur. Enfant mort HD-CIG. Embryotomie par le crochet de Braun. Forceps pour la tête. Femme morte 5 heures après.

38. — IIpare. Rupture utérine complète. Accouchement gémellaire. Paroi antérieure au niveau du col, une rupture transversale. Les 2 fœtus morts. Pour le premier OIDP, mais la rotation est presque accomplie. *Le second avec sa poche amniotique intacte a passé par la déchirure, dans la cavité abdominale.* Forceps pour le premier, déchirure de la poche amniotique pour le second et version. Femme morte 2 heures 45 minutes après.

39. — Rupture vaginale incomplète. Siège : cul-de-sac antérieur, fond de la vessie prolabé par la déchirure, un accouchement antérieur très laborieux. A la suite, fistule vésico-vaginale guérie spontanément par cicatrice. L'urèthre antérieur dans la partie moyenne est détruit sur une distance de 1 1/2 centimètre. Pourtant la femme a des mictions volontaires. Enfant mort OIGA. Débridements, perforation avec le Blot, forceps. Femme guérie 23 jours.

40. — IIpare. Rupture vaginale incomplète. Vices de conformation incomplète et utérus didelphe. Antérieurement avortement au troisième mois. Grossesse dans l'utérus gauche. Siège : cloison et très peu du cul-de-sac antérieur. Enfant vivant SIDP complet. Extraction par transformation en SIGP. Accouchement spontané. Fœtus mort pendant l'expulsion. Durée de l'accouchement : 13 heures. Guérison 14 jours.

41. — IIpare. Rupture vaginale complète. Siège : cul-de-sac antérieur. Enfant mort OIDP. Hydrocéphalie. Version. Perforation. Durée de l'accouchement : 24 heures. Femme morte 3 jours après.

42. — XIIpare. Rupture vaginale incomplète. Siège : antéro-latéral droit et gauche. Enfant mort OIGA. Forceps. Gangrène des parois vaginales. Femme guérie 20 jours après.

43. — VIIIpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : antéro-latéral gauche. Enfant mort HG-CIG. Version. Femme morte 10 jours après.

A la nécropsie, on constate : une rupture énorme de l'utérus, au niveau de son fond, dont les bords sont sphacélés et adhérents aux intestins. Le vagin présente une déchirure indépendante à gauche, qui communique avec une poche indépendante formée au milieu

du tissu cellulaire et dont le fond est formé par l'os iliaque correspondant.

44. — XIIIpare. Rupture vaginale incomplète. Siège : toute la circonférence vaginale, hormis un pont au niveau du cul-de-sac postérieur et du ligament large gauche. Décollement du péritoine sur une énorme étendue. Déchirure du péritoine sur une longueur d'un centimètre, sans aucun caillot dans la cavité. Durée de l'accouchement : 17 heures et 40 minutes. Enfant vivant OIGT. Forceps. Hémorragie violente. Laparotomie (Leonté, 1890), incision du péritoine. Extraction des caillots, suture des bords, ligature de l'utérine. Durée de l'opération : 45 minutes. Femme guérie 19 jours.

45. — XVpare. Rupture vaginale incomplète. Siège : toute l'insertion du vagin, excepté une petite portion en arrière. Durée de l'accouchement : 4 jours. Gangrène de la vulve. Enfant mort OIGT. Forceps. Femme morte 45 minutes.

46. — IIIpare. Rupture vaginale incomplète. Siège : cul-de-sac latéral gauche. Enfant mort HG-CID. Embryotomie, crochet Braun. Femme guérie 28 jours.

47. — IVpare. Rupture vaginale complète. Siège : antéro-latéral droit. Enfant mort HG-CID. Éviscération, les bords de la plaie se cicatrisent très vite. Quelques jours après, poche sous-péritonéale suppurée au niveau de la cicatrice ; aspiration par l'appareil Potain ; après irrigation, par la cicatrice réouverte. Femme guérie 45 jours.

48. — XVIIpare. Rupture vaginale et vessie. Siège : antéro-latéral droit et le fond de la vessie. Enfant mort SIGA complet. Extraction. Femme guérie 45 jours. La fistule reste.

49. — IVpare. Rupture vaginale incomplète. Siège : antérieur et vésico-utérin. Durée de l'accouchement : 3 jours. Enfant mort CIG-HG. Embryotomie, éviscération. Femme morte 3 jours après.

On trouve un pyo-salpinx gauche. Déchirure étendue du ligament large gauche. Collection de liquide suppuré.

50. — IXpare. Rupture utéro-vaginale. Siège : col jusqu'au niveau de l'orifice interne, le cul-de-sac vaginal jusqu'au niveau du ligament large. Placenta prævia marginal. Durée de l'accouchement : 24 heures. Fœtus vivant OIGA. Tamponnement à cause de l'hémorragie. Version. Enfant extrait vivant. Déchirure produite probablement au moment de l'extraction. Femme guérie 22 jours.

51. — IIpare. Rupture vaginale complète. Siège : antéro-latéral

droit. Enfant mort OIGA. Forceps. Durée de l'accouchement : 36 heures. Femme morte 24 heures après.

52. — Vpare. Rupture utéro-vaginale incomplète. Siège : col jusqu'à l'orifice interne et cul-de-sac vaginal droit et postérieur. Fœtus mort HD-CID. Embryotomie. Femme morte 20 *minutes après*. *Nécropsie* : utérus bicorne au fond, et décollement péritonéal étendu.

53. — VIpare. Rupture vaginale *complète*. Siège : cul-de-sac postéro-latéral gauche. Enfant mort HG-CID. Embryotomie. Durée de l'accouchement : 3 jours. Femme morte 18 jours après. — *Nécropsie : une partie du fond de l'utérus était en voie d'élimination, le tissu utérin aminci, infiltré de pus, péritonite suppurée, généralisée. Adhérences complètes de tous les organes abdominaux.*

54. — VIIIpare. Rupture du vagin et de la vessie complète. Siège : cul-de-sac vaginal postérieur et une autre au niveau de la paroi antérieure et de la vessie sur une longueur de 5 centimètres transversale. Durée de l'accouchement : 24 heures. Femme morte 4 heures après.

55. — VIIIpare. Rupture vaginale complète. Siège : les 3/4 de la circonférence en dehors du 1/4 postérieur. Enfant mort HG-CID. État général très grave. Péritonite, version. Femme morte 1 heure 30 minutes après.

56 (1). — IIIpare. Rupture vaginale complète. Siège : cul-de-sac antéro-latéral, en totalité déchiré. Enfant asphyxié, pâle OIGT, ne peut plus être ranimé. Forceps. Laparotomie, suture. Durée de l'opération : 1 heure (11 septembre 1893). Durée de l'accouchement : 24 heures. Femme guérie.

57 (2). — Ipare. Rupture utéro-vaginale incomplète. A cause de la dilatation incomplète, incision du col et par suite ruptures incomplètes jusque près de l'orifice interne et des deux parois latérales. Enfant vivant OIGT. Forceps. Femme morte 14 heures.

58. — IVpare. Rupture utéro-vaginale incomplète. Siège : cul-de-sac antéro-latéral droit et col. Durée de l'accouchement ? Enfant mort HG-CID. Éviscération. Péritonite. Femme morte.

---

(1) Jusqu'à ce numéro, les observations ont été publiées dans la monographie du Dr ANDRONESCO, *Consideratziuni asupra rupturilor utero-vaginale si valorea laparotomiei in tratamentul lor*, 1894, Bucuresci.

(2) A partir de cette observation, elles sont inédites, en dehors des trois dernières publiées dans les *Annales de gynécol. et d'obst.*, avril 1901, Paris, par CRISTEANU.

59. — IIpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : culs-de-sac antéro-latéraux et postérieur. *Péritoine déchiré sur une étendue d'une pièce de 5 francs. Péritoine décollé sur une grande étendue jusqu'au diaphragme.* Col déchiré jusqu'au niveau de l'orifice interne. Enfant mort HD-CID. Embryotomie. Femme morte.

60. — Ipare. Rupture utérine incomplète. Siège : à gauche jusqu'au niveau de l'insertion de l'ovaire. Enfant mort OIGT. Hydrocéphalie. Expulsion dans la poche. Laparotomie, suture. Femme morte 2 heures après.

61. — IIIpare. Rupture utérine incomplète. Siège : segment inférieur et à droite ayant une direction transversale. Décollement du péritoine. Hémorragie. Enfant mort OIDP. Forceps. Femme morte 2 heures après.

62. — XIIpare. Rupture vaginale et de la vessie complète. Les 3/4 de la circonférence en dehors du côté gauche, de même le fond de la vessie. Durée de l'accouchement : 3 jours. Enfant mort OIDP. Femme morte après 2 heures.

63. — IIIpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : cul-de-sac droit et antérieur. Enfant mort OIGA. Forceps. Femme guérie 30 jours. Pendant la convalescence, tuméfactions au niveau de la fosse iliaque droite.

64. — IVpare. Rupture utéro-vaginale incomplète. Siège : cul-de-sac antéro-latéral gauche. Enfant mort OIGA. Version. Femme morte 12 heures après.

65. — IIpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : cul-de-sac latéral gauche. Durée de l'accouchement : 3 jours. Enfant mort HG-CID. Embryotomie. Femme morte 4 heures après.

66. — IIpare. Rupture vaginale incomplète. Siège : cul-de-sac gauche. Enfant vivant HD-CIG, extrait vivant par version. Mort 12 heures après, mère syphilides vulvaires. Guérie 14 jours.

67. — VIIpare. Rupture utéro-vaginale incomplète. Siège : cul-de-sac gauche et col utérin. Enfant mort HG-CIG. Depuis 48 heures. Version. Forceps sur tête dernière. Femme morte 48 heures après.

68. — VIpare. Rupture vaginale complète. Siège : cul-de-sac antérieur et latéral dans leur moité antérieure. Enfant mort OIGT. Forceps. Guérie 12 jours.

69. — VIIIpare. Rupture vaginale et de la vessie incomplète. Siège : tous les culs-de-sac excepté l'antérieur. Déchirure du fond

de la vessie. Péritoine décollé. Enfant mort OIGA. Forceps. Femme morte 13 heures.

70. — IVpare. Rupture utéro-vaginale complète. Enfant mort HG-CIG. Version. Femme morte 12 heures après.

71. — VIpare. Rupture vaginale complète. Siège : cul-de-sac antérieur. Péritonite. Enfant mort CIG-HD putréfié. Version. Femme morte 24 heures après.

72. — IXpare. Rupture vaginale complète. Siège : cul-de-sac antérieur et droit. Péritonite. Enfant mort SIDT, fesses extraction. Femme morte 2 heures après.

73. — VIpare. Rupture vaginale incomplète. Siège : cul-de-sac latéral gauche. Péritonite. MP. Forceps. Enfant mort. Durée de l'accouchement : 26 heures. Femme morte 3 jours après.

74. — IIpare. Rupture vaginale incomplète. Siège : cul-de-sac antérieur et droit. Enfant vivant OIDT. Forceps ; asphyxié, ne peut plus être ranimé à cause des lésions de la tête. Femme guérie 14 jours après.

75 (1). — VIIpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : cul-de-sac gauche, col, utérus ; rupture de l'utérus, *du ligament rond et de son artère.* Déchirure du péritoine, fosse iliaque droite. Enfant mort OIGT. Version, péritonite, hystérectomie abdominale totale ; *drainage abdomino-vaginal.* Durée de l'opération : 1 heure 10 minutes. Femme guérie 30 jours.

76. — VIIIpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : col et cul-de-sac gauche. Péritonite, éclatement du péritoine dans les 2 fosses iliaques. Enfant mort OIGT. Extraction par laparotomie. Hystérectomie abdominale totale. *Drainage vaginal.* Femme guérie 30 jours.

77. — IIIpare. Rupture utéro-vaginale complète. Siège : col et cul-de-sac gauche et antérieur. *Ligament rond arraché.* Péritoine pelvien déchiré dans les deux fosses. *Déchirure du péritoine colique.* Hystérectomie abdominale totale. *Drainage vaginal.* Durée de l'accouchement : 23 heures. Enfant mort OIGT. Version. Forceps. Femme guérie 36 jours.

Tels sont les résumés des cas qui se sont présentés à la Maternité de Bucarest à partir de 1880 jusqu'en 1901 exclu.

(1) Pour ces trois observations, voir Cristeanu, *loc. cit.*

Nous présentons les tableaux suivants par où on pourra se rendre mieux compte des différents cas, de leurs particularités et des déductions à faire, au point de vue du meilleur traitement à préconiser pour cette complication si terrible de l'accouchement.

Selon la **parité**, nous obtenons les résultats suivants :

Primipare	4 cas	VIIIpare	8 cas
IIpare	12 —	IXpare	4 —
IIIpare	11 —	Xpare	3 —
IVpare	14 —	XIIpare	2 —
Vpare	5 —	XIIIpare	1 —
VIpare	6 —	XVpare	1 —
VIIpare	5 —	XVIIpare	1 —
		Total	77 cas

Les **présentations** des enfants :

En OIGA	23 fois	En SIDT comp.	1 fois
OIDP	9 —	HD-CIG	8 —
OIGT	9 —	HD-CID	3 —
OS	1 —	HG-CID	8 —
MP	1 —	HG-CIG	8 —
SIGA comp	1 —	Inconnue (accouchements à domicile)	2 —
SIDP	2 —		
SIDP pieds	1 —		
		Total	77 fois

Une femme a eu deux jumeaux, dont l'un en OIDP engagé profondément dans le bassin, l'autre passé par la déchirure dans le ventre, poche amniotique intacte. **L'âge** de la grossesse est pour 75 le 9e mois, pour 2 le 8e mois. 7 enfants sont nés vivants, dont 1 asphyxié succomba 1/4 d'heure après ; un autre après 12 heures, 4 fœtus hydrocéphales.

Pour le **siège des lésions** :

L'UTÉRUS :

Corps à droite 1

Moitié du col jusqu'à l'orifice interne (hydrocéphalie)	1
Toute la face antérieure du col et du corps sur 20 centimètres.	1
Partie gauche (hydrocéphalie)	1
Fissure du muscle 3,4 du tissu	1
Partie antérieure du col et du corps (jumeaux)	1
Moitié gauche, jusqu'à l'insertion de l'ovaire	1
Segment inférieur droit, ayant une direction transverse	1
Total	8

LE VAGIN :

Cul-de-sac antérieur	7
Culs-de-sac latéral gauche et antérieur	2
Culs-de-sac latéral droit et antérieur	4
Cul-de-sac latéral gauche	3
Cul-de-sac latéral droit	2
Cul-de-sac antérieur et moitié des latéraux	1
Culs-de-sac antérieur et latéraux	6
Cul-de-sac antérieur et latéral droit et postérieur	1
Demi-circonférence droite du vagin	2
Cloison vaginale (vices de conformation) et cul-de-sac antérieur.	1
Total	29

L'UTÉRUS ET LE VAGIN :

Cul-de-sac gauche et fond de l'utérus	1
Cul-de-sac antéro-latéral droit et col	12
Cul-de-sac latéral droit et col	3
Cul-de sac latéral gauche et col	7
Culs-de-sac postérieur et latéral gauche et col	2
Culs-de-sac postérieur et latéral droit et col	1
Demi-circonférence droite	1
Col et cul-de-sac jusqu'au ligament large	1
Tous les culs-de-sac excepté une portion du droit. Utérus jusqu'à l'orifice interne	1
Antéro-latéral gauche, ligament rond, éclatement du péritoine jusqu'au rein droit	2
Antéro-latéral gauche, péritoine colique, éclatement du péritoine pelvien	1
Total	33

LE VAGIN ET LA VESSIE :

Cul-de-sac antérieur et fond de la vessie	2
Culs-de-sac antérieur et moitié antéro-latéraux, fond de la vessie	1
Culs-de-sac antérieur et postérieur, fond de la vessie	1
Les 3/4 du cul-de-sac (excepté le gauche) et le fond de la vessie.	1
Les 3/4 du cul-de-sac (excepté l'antérieur) et le fond de la vessie	1
Total	6

LE VAGIN ET LE RECTUM :

Antéro-latéral et postérieur et fistule du rectum	1
Total général	77

Pour la fréquence des **causes déterminantes et occasionnelles** des ruptures nous trouvons :

Rétrécissement du bassin	34
Présentations vicieuses	22
Hydrocéphalie	4
Seigle ergoté à domicile	4
Cicatrices vicieuses du vagin	2
Vices de conformations (organes génitaux)	2
Forceps à domicile	2
Forceps à l'Institut	2
Main à côté de la tête	1
MP dérivé d'une MIDP (forceps Institut)	1
Placenta prævia	1
Décapitation empyrique à domicile	1
Inconnue	1
Total	77

Résumé du nombre et de la variété des **opérations pratiquées** :

Forceps	19
Versions	17
Crochet de Braun	11
Versions et forceps	3
Basiotripsies	3

Céphalotripsies	3
Eviscérations	2
Abaissement d'un pied	2
Laparotomie et sutures de la déchirure	3
Laparotomie et hystérectomie totale	3
Total	66
Extractions du placenta	38
Total général	104

Parfois, pour la même femme, on a essayé d'une méthode et en cas de non-réussite on a terminé par une autre opération.

Les ruptures ont été *complètes ou incomplètes*; on peut se rendre mieux compte de l'organe intéressé et du résultat obtenu par le tableau suivant :

	CAS	COMPLET	INCOMPLET	GUÉRI.	MORT
Rupture de l'utérus	8	4	4	0	8
Rupture utéro-vaginale	33	23	10	8	25
Rupture du vagin	29	13	16	12	17
Rupture de la vessie et du vagin	6	2	4	3	3
Rupture du vagin et du rectum	1	1	0	0	1
Total	77	43	34	23	54

Ce qui mérite d'attirer l'attention dans cette statistique, c'est la gravité des ruptures de l'utérus seul tant complètes qu'incomplètes. Toutes les femmes sont mortes. Si on regarde de plus près ces 8 cas, on voit que pour toutes les femmes la présentation cranienne est de règle. La cause habituelle est soit disproportion entre le bassin et la tête fœtale (hydrocéphalie), soit un rétrécissement du bassin. Aucune n'a été examinée avant l'accident et elles ont été reçues à l'hôpital après la production de la rupture.

La plupart des femmes, et non seulement ces 8 cas, ont été reçues plusieurs heures et même des jours après la production de la rupture, la majorité ayant été assistées par des commères du faubourg qui, voyant les fortes contractions et la difficulté de l'accouchement, avaient pratiqué : le massage

du ventre, des succussions et, si une partie du fœtus se présentait, avaient tiré dessus à toute haleine. C'est seulement, vu l'impossibilité absolue de finir le laborieux accouchement, parfois et très souvent à la suite de l'arrêt complet des contractions et à cause de l'hémorrhagie, qu'elles ont conseillé d'amener la femme à l'hôpital.

Voilà dans quel état (et surtout qu'on se figure dans quelles conditions d'antisepsie) nous nous sommes trouvés en présence de ces cas.

Pour les *déchirures de l'utérus seul* on trouve :
3 fois des primipares ;
1 fois des secundipares :
3 fois des tertipares;
1 fois des quartipares;
Deux fois hydrocéphalie, les autres fois bassin rétréci.
2 fois OIGA;
2 fois OIGT;
3 fois OIDP ;
1 fois indéterminé.

Selon le traitement employé, ces cas peuvent se subdiviser :

	CAS	GUÉRIES	MORTES
Injections	48	13	35
Drainage	17	4	13
Tampon	6	1	5
Laparot. suture	3	2	1
— hystér. totale	3	3	0
Totaux	77	23	54

Mais il est une remarque à faire à propos de cette statistique. Les cas peuvent se diviser en 2 périodes. Jusqu'à l'observation XXI inclusivement, ce n'est que l'irrigation avec des solutions phéniquées ou boriquées qu'on emploie soit du côté de la vulve, soit du côté du vagin et même au niveau de la rupture. Pour ces cas, on trouve une mortalité énorme. Sur

21 cas traités par cette méthode et par ces antiseptiques on n'obtient que 2 guérisons, les 2 incomplètes. Toutes les autres femmes succombent dans un temps qui varie entre 2 heures jusqu'à 8 à 10 jours.

Pour mieux comprendre la mortalité selon le traitement employé, la variété de la rupture complète ou incomplète, nous donnons le tableau suivant où se trouve noté aussi combien de fois l'enfant a passé totalement dans la cavité, ou n'est passé qu'incomplètement, ou pas du tout.

	CAS	COMPL.	INC.	ENFANTS PASSÉS	ENFANTS non passés	MORTS	GUÉRIS
Tampon	6	3	3	2	4	5	1
Drainage	17	9	8	3	14	13	4
Injections	48	26	22	18	31	35	13
Lap. suture	3	2	1	0	3	1	2
— hystér. totale	3	3	0	3	0	0	3
Totaux	77	43	34	26	52	54	23

Causes de la mort : 41 fois, péritonite et infection générale accompagnées d'une hémorragie plus ou moins forte. Mais les femmes ont succombé à la suite de l'infection et 13 fois l'hémorragie a été reconnue comme cause première. De ces 13 cas, une fois il y eut hémorragie secondaire 4 jours après la rupture. (Voyez observation XXXII).

La survie pour les 54 cas à la suite de l'intervention est résumée dans le tableau suivant :

9 fois	entre 15 minutes	et	2 heures	
5	—	2 heures	et 6	—
4	—	6 —	10	—
16	—	10 —	24	—
7	—	24 —	48	—
6	—	48 —	72	—

1 fois après 3 jours
1 — 7 —
1 — 8 —
1 — 9 —

1	fois après	10	jours
1	—	13	—
1	—	18	—
Total.		54	

Si on jette un regard général sur tous ces cas, on peut se convaincre que les ruptures complètes, avec ou sans passage du fœtus dans la cavité, présentent une gravité beaucoup plus grande que les incomplètes, malgré le traitement employé, en dehors des laparotomies. Ce résultat tient à la multiplicité des causes qui concourent vers le même but : c'est-à-dire à la terminaison fatale.

Les 2 causes principales sont : l'hémorragie et l'infection.

La première peut avoir 2 sièges, le niveau de la rupture ou l'utérus lui-même. Pour l'utérus : inertie après passage complet du fœtus et du placenta soit dans le ventre, soit dans la poche péritonéo-utérine ; ce cas se rencontre très rarement parce que la rupture généralement se produit à cause des violentes contractions utérines qui se continuent même après, et on retrouve presque toujours l'utérus très bien contracté, déplacé d'un côté ou de l'autre. Mais c'est un cas qui pourrait arriver. Deuxième cas : ayant comme siège la déchirure des vaisseaux au niveau même de la rupture.

L'hémorragie peut arriver dans ces cas de deux manières : 1° foudroyante, très rare, comme dans le cas de M. Varnier (1), en 15 minutes, quand la partie de l'utérus est intéressée au niveau même de l'insertion placentaire, cas que nous n'avons pas observé dans notre statistique ; 2° l'artère utérine, celle du ligament rond produisent une hémorragie abondante pour un moment, et après quelques instants *cesse*, par un mécanisme identique complètement à celui décrit dans les arrachements des membres. Par l'irruption plus ou moins brusque de l'enfant, dans la cavité ou non, les vaisseaux sont énormément et brusquement distendus, se déchirent ; à ce mo-

(1) M. VARNIER, *loc. cit.*, p. 252.

ment, il y a une grande hémorragie *qui tarit d'elle-même* à cause de la rétraction des tuniques interne et moyenne obstruant la lumière du vaisseau. En même temps, les vaisseaux se rétractent profondément dans les tissus et, s'ils continuent même à donner du sang, les caillots finissent par arrêter l'hémorragie complètement. Des petits vaisseaux plus ou moins éloignés peuvent continuer à donner du sang soit en petits jets, soit en bavant. C'est toujours *ces petites hémorragies qui peuvent* à la longue *donner le coup de grâce*, comme on peut voir dans les observations LXXV, LXXVI et LXXVII (1). Ces hémorragies épuisent la femme déjà débilitée par la longueur du travail, par la violence des contractions.

Si on peut incriminer l'hémorragie comme cause immédiate de la mort, *ce n'est que* d'habitude *une hémorragie secondaire*, *très rarement* primitive. Ces hémorragies se produisent parfois immédiatement *après les manœuvres* pratiquées pour l'extraction de l'enfant. Par *le déplacement des caillots, l'hémorragie se reproduit* et ce n'est que de cette manière qu'on peut s'expliquer comment des femmes meurent dans un temps plus ou moins proche après les manœuvres, femmes qui ont supporté malgré des lésions très étendues des transports en voiture, subissant des cahots violents sans rien voir se produire, sans phénomènes de syncope. La seconde cause, et nous nous permettons de croire la principale, c'est l'*infection*.

La longueur du travail inhérente aux présentations vicieuses ou aux rétrécissements plus ou moins accentués suffira pour nous expliquer suffisamment la propagation au péritoine de l'infection de l'utérus ou du vagin comme cause première. A cela il faut ajouter les différentes manœuvres soit pour l'extraction de l'enfant, soit pour parer aux multiples complications qui arrivent très souvent : hernie des intestins, de l'épiploon par la plaie, etc.

Même dans les cas où il n'y a qu'une très petite déchirure

(1) Cristeanu, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, loc. cit.

du péritoine, il est bien facile de penser à cette multiplicité des causes qui pour sûr infecteront le péritoine et menaceront la femme d'une péritonite très aiguë, à cause surtout de sa résistance beaucoup amoindrie. Voilà pourquoi nous considérons les ruptures complètes comme extrêmement graves, à cause de l'infection péritonéale, *déjà apparue* au moment de l'intervention. D'après notre statistique de 43 cas, en déduisant les 5 interventions par laparotomie pour ruptures complètes — toutes les 5 guéries, — on trouve 36 mortes et seulement 2 guéries. On pourrait penser que notre statistique est par trop sombre ; nous rappellerons les statistiques antérieures et pour ne pas aller trop loin celle rapportée par M. Varnier (1) sur 11 cas, 1 guéri.

Nous croyons que pour les ruptures complètes, vu la mortalité énorme, la discussion est terminée. Nous croyons que le seul traitement raisonnable, c'est : l'hystérectomie abdominale.

Il reste un point très important à discuter : le procédé, nous nous permettons de le réserver pour le moment.

Quand le fœtus a passé par une partie de la filière pelvienne, la plus difficile, le détroit supérieur, c'est-à-dire quand il se trouve engagé à fond dans l'excavation, quel sera notre procédé ? S'il est vivant et si nous avons raison d'espérer qu'on pourra lui sauver la vie, alors le seul raisonnable, c'est l'extraction immédiate (forceps). Même s'il est mort, on doit l'extraire par les voies naturelles, à cause des difficultés qu'on rencontrera, pour sûr, à lui faire rebrousser le chemin parcouru, en le tirant par le ventre, s'il est seulement au détroit supérieur ou passé complètement ou non dans la cavité.

N'essayer jamais d'intervenir, *n'essayer jamais de faire la version, forceps, basiotripsie*, etc., parce que, par cette seule manœuvre, on risque de produire le déplacement des caillots, d'avoir une hémorragie secondaire, foudroyante celle-là, et c'est justement de cette manière que nous obser-

(1) Varnier, *loc cit.*

vons dans notre statistique 13 cas de mort par hémorragie secondaire, à la suite de l'extraction. Toutes sont mortes à cause de l'hémorragie ; et qu'on le note bien : entre l'accident (rupture) et entre l'extraction pour la plupart, le temps variait entre 4-24 heures. Elles présentaient *toutes* l'infection péritonéale aiguë. Cette infection peut être parfois très aiguë comme nous l'avons rapporté (1) dans l'observation LXXVI : en 3 heures et demie, des plaques de péritonite même sur la rate.

A ces femmes il ne faut qu'une cause minime pour arriver à la syncope léthale et à l'hémorragie ; les manœuvres au moment de l'extraction sont suffisantes. Il vaut mieux retarder une demi-heure ou une heure tout au plus, pour préparer les instruments, que de risquer de nous mettre dans la critique position de ne pouvoir secourir la femme.

Revenons aux *ruptures incomplètes.*

Quels sont les résultats fournis par notre statistique sur les 77 cas ? Comme incomplets, on en trouve 34 qui peuvent être résumés d'après le traitement.

	CAS	MORTS	GUÉRISONS
Drainage	8	5	3
Tamponnement	3	3	0
Injections	22	9	13
Laparotomie, suture	1	1	0
	34	18	16

La proportion des guérisons serait donc 37,3 p. 100 par le drain ; 59 p. 100, presque 60 p. 100, par les injections. Tamponnement, laparotomie et suture, 10 p. 100 ; si on fait la proportion totale, on obtient 47 p. 100 guéries et 53 p. 100 mortes. Mais la statistique envisagée de cette manière ne peut donner grand'chose. On serait tenté de croire que le meilleur traitement est l'injection, ce qui n'est pas exact, à cause qu'on a traité

(1) Cristeanu, *loc. cit.*

les cas les plus bénins par ce procédé, et c'est pour cela qu'on obtient presque 60 p. 100 de guérisons. Dès qu'un cas paraissait plus grave, on essayait le tamponnement, le drainage et une fois même la suture, et c'est justement à cause de la gravité plus grande qu'on voit les résultats très sombres même dans les ruptures incomplètes. Dans une statistique générale, on ne peut donner même les résumés des suites de couches et de la convalescence qui mettent à chaque moment la vie de la femme en péril.

On voit encore dans les résumés de nos observations, et surtout dans le tableau du siège des ruptures que nous avons observées, des fistules de la vessie et même des fistules vagino-intestinales. Ces femmes qui n'ont pas été opérées immédiatement, les unes sont restées des infirmes, d'autres ont été opérées après une convalescence aussi périlleuse que possible. Et souvent, malgré toute la bonne volonté du chirurgien et son savoir-faire, il y a trop de cas qui ne cèdent que très difficilement, ou qui ne cèdent qu'en partie à cause des rétractions et tissus cicatriciels qui s'ensuivent. Ces femmes ne pourront plus redevenir enceintes ; et même si elles le deviennent, nous assisterons à une rupture itérative.

Voilà le sombre pronostic de celles qui échapperont à cette terrible complication de la grossesse et surtout de l'accouchement, même dans les ruptures incomplètes. La cause de la mortalité, même dans les ruptures incomplètes, *c'est toujours* l'infection générale et péritonéale, ayant comme point de départ, soit l'utérus, soit la propagation au péritoine par son voisinage immédiat, soit, ce qui arrive le plus souvent, les deux à la fois. Nous avons dit rupture incomplète, mais la difficulté est de savoir quand une rupture est incomplète ? Tous les auteurs, tous les praticiens sont unanimes à répéter que, même la main introduite au niveau de la déchirure, on ne peut dire *très* et même *trop* souvent la variété de la rupture. Le feuillet péritonéal décollé peut nous dérouter absolument.

Nous avons eu l'occasion avant les interventions d'être sûrs

que nous étions en face d'une complète et à la nécropsie nous avons constaté l'erreur.

Une des laparotomies avec suture, l'observation XLIV, en est une preuve : décollement énorme du péritoine, passage du corps de l'enfant dans la poche, enfant vivant extrait vivant par forceps ; diagnostic : rupture incomplète, hémorragie ; on intervient une heure et demie après et on trouve à cette occasion une déchirure de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, pas de caillots dans le ventre et pourtant complète.

Dans le rapport de M. Varnier (1) nous trouvons un autre cas similaire complètement à l'observation LIX : voici la description. « J'ai recueilli l'observation et les pièces d'une rupture de ce genre qui présentait de plus cette particularité, reconnue et reconnaissable seulement à l'autopsie : l'enveloppe séreuse, dont s'était vêtu le fœtus expulsé de l'utérus, présentait, en un point reculé, une solution de continuité de la largeur d'une pièce de 5 francs, qui la rendait bel et bien communiquante, quoique sous-péritonéale en apparence. » Dans nos cas, pour l'une ce n'est qu'au moment de l'opération qu'on s'en est aperçu, et pour l'autre seulement à la nécropsie.

Dans notre statistique on retrouve très souvent des cas où le fœtus est passé complètement dans la poche formée par le décollement du feuillet péritonéal, et, malgré la non-communication, le cortège des phénomènes péritonéaux et généraux de l'infection se sont suivis avec la même intensité et ayant comme suite : mort par infection. Nous n'avons pas besoin d'insister sur les différentes statistiques apportées à l'appui de tel ou tel traitement ; nous ne citerons que pour mémoire celles de Krœner, de Bandl, de Tauffer, Scanzoni, de Nægelé, les statistiques de Trask, de Jolly, de Mertz, de Schmit et Schauta.

Le drainage et le tamponnement ne nous ont pas donné, malgré toutes les précautions prises, des résultats meilleurs. Dans les incomplètes, pour 8 cas traités par drainage nous

---

(1) Varnier, *loc. cit.*

avons eu 5 morts et 3 guéris, soit 62 p. 100 de mortalité, et les cas par tamponnement aucune guérison à cause de la gravité des cas.

Le seul traitement employé qui nous a donné des résultats supérieurs, c'est l'hystérectomie abdominale totale avec drainage.

On retrouve dans presque toutes les statistiques le même silence sur l'avenir des femmes guéries d'une rupture incomplète. On ne peut que recueillir de très vagues renseignements. Nous avons rapporté un cas de rupture itérative pour la 3e fois terminée par la mort à domicile (observation XXVI).

Varnier mentionne une statistique de 15 cas. Sur ces cas 5, soit 33 p. 100, ont eu une rupture itérative, 3 en sont mortes, soit 20 p. 100. Nous n'avons pu nous procurer des détails sur les femmes guéries; seulement une est revenue dans le service lors d'une rupture ultérieure.

L'un de nous a eu l'honneur de rapporter dans un travail antérieur la statistique de Krukenberg.

M. Bar (1), rapportant quelques cas de rupture utérine à la suite de la césarienne conservatrice, dit : « qu'il n'est pas rare, quand on a fait une opération répétée, d'observer une grande minceur de la paroi utérine, au niveau de l'ancienne cicatrice ».

Korn (2) rapporte 2 cas de césarienne conservatrice répétée, l'un 1886 et 1887, l'autre 1886-1888. Dans ces 2 cas, on avait suturé l'utérus avec des fils d'argent et avec de la soie superficiellement. Dans les 2, on trouve la paroi utérine extrêmement mince au niveau de la cicatrice.

Brünings (3) rapporte le cas d'une minceur extrême de la paroi utérine pendant une deuxième césarotomie.

---

(1) Paul Bar, *Leçons de pathologie obstétricale*, Paris, 1900.

(2) Korn, Sectio cæsarea. *Gyn. Gesellschaft zu Dresden*, 1897.

(3) Brunings, Ueber theilweise Verdünung einer alten Kaiserschnitternarbe bei wiederholter Schwangerschaft. *Monats. für Geburtshülfe*, t. VII.

Voyer (1) cite un cas de rupture dont la cause était : grossesse gémellaire et hydramnios.

Bar après Van den Pool (2) cite le cas suivant : Césarienne conservatrice pratiquée une première fois par Van der Mey en 1886. Suites fébriles, 39°, guérie. En 1888, à la seconde conservatrice, on trouve : adhérences fortes de la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale. Séparation ; césarienne conservatrice. Suites fébriles, 39°, guérie. Troisième fois enceinte. Césarienne 1896, incision addominale à 1 centimètre à droite de l'ancienne cicatrice. La destruction des cicatrices prend 12 minutes, destruction partielle du tissu utérin. Hystérectomie supravaginale guérie.

M. Bar lui-même trouve sur un cas opéré pour la troisième fois la paroi réduite (3) à l'épaisseur d'une « feuille de papier, non seulement au niveau de la cicatrice, mais sur une étendue *assez notable* de la paroi utérine ». Du reste, M. Bar, tout comme beaucoup d'accoucheurs, insiste sur les bons résultats des césariennes conservatrices : comme preuve, les statistiques de Léopold (4), de Everke (5), de Schneider (6), de Guéniot (7) ; mais dans ces cas il s'agissait de femmes indemnes de toutes *traces d'infection* ; ce qui n'est pas le cas pour les ruptures utérines, et il croit que les déchirures ou amincissement de la paroi sont le résultat des causes suivantes ;

1° L'*infection*, qui même *minime* conduit à la séparation des lèvres de la plaie primitivement bien affrontées.

---

(1) Voyer, Spontan Ruptur der Uterus in der alten Kaiserschnit. *Monats. für Geburts. und Gynæk.*, t. VI.

(2) Van den Pool, Drei glükliche Kaiserschnitte bei einer derselben Frau. *Centr. für Gynæk.*, 1896.

(3) Bar, *loc. cit.*

(4) Léopold, *Arch. für Gynæk.*, t. VII.

(5) Ewerke, Versaml. deutschen Natur. zu Dresden. *Centr. für Gynæk.*, 1898.

(6) Schneider, Viederholter Kaiserschnitte anderselben Person. *Centr. für Gynæk.*, 1898.

(7) Guéniot, *Acad. de méd.*, 1894.

2° L'affrontement sur une épaisseur insuffisante.

Et il conclut que : « Si régulière, si profonde que soit une suture utérine, elle n'en constitue pas moins une cause de faiblesse pour la paroi utérine. » Dans les ruptures même incomplètes, les 2 causes sont réunies. Les suites des couches apyrétiques sont très rares après une rupture, mais même dans ce cas voyons ce qui peut arriver.

Si la femme est jeune, une nouvelle grossesse sera possible et même probable. Quelle sera l'issue? L'anneau cicatriciel cédera. Aura-t-il assez de souplesse pour se distendre ou bien formera-t-il un lien constricteur empêchant d'une manière absolue la dilatation du col? La plus plausible est qu'il se déchire, l'utérus aussi cédera et nous assisterons à la rupture itérative.

D'après Freund la rigidité cicatricielle vient immédiatement après la rigidité cancéreuse.

Dans les ruptures utérines incomplètes, quand la malade guérit sans opération par le traitement médical, l'avenir de la femme est un peu sombre :

1° La femme ne pourra plus redevenir enceinte. On lui interdira les grossesses ultérieures, et même des accoucheurs ont préconisé la provocation de la fausse couche;

2° Redevenue enceinte, arrivée à terme, il peut se présenter une des deux alternatives que voici :

a) Une rupture itérative, avec fœtus mort, c'est-à-dire risque de mort sans aucun profit; ou *b*) intervention par césarotomie suivie généralement d'hystérectomie abdominale avec enfant vivant. Elle peut courir les deux chances, si elle échappe à la première; et nous avons vu, et par la statistique que nous avons rapportée et par les statistiques antérieures aux nôtres, combien cette chance est aléatoire.

Pour ces motifs, nous ne voyons pas pourquoi on n'interviendrait pas d'emblée, en pratiquant l'hystérectomie abdominale totale.

Dans nos conclusions (1) sur le traitement des ruptures

(1) CRISTEANU, *loc. cit.*, voir *Ann. de Gyn.* avril, p. 268 et 269.

complètes, en préconisant comme le seul rationnel l'hystérectomie abdominale totale, nous avons ajouté : « Je ne vois pas pourquoi dans quelque temps ces indications ne *seront pas préconisées même* dans les ruptures incomplètes, et nous voyons avec beaucoup de satisfaction M. Varnier être du même avis et, après avoir partagé notre manière de voir, discuter avec sa grande autorité et compétence l'indication de l'hystérectomie dans toutes les ruptures utérines, et avec beaucoup de raison faire cette heureuse comparaison :

« Lorsqu'une femme, en essayant de reproduire l'espèce, a rompu son utérus, elle est bonne, si elle en réchappe, à mettre en réforme pour blessures graves contractées dans le service. Ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

Nous croyons que le seul traitement rationnel de toutes les ruptures utérines est l'hystérectomie abdominale.

Quel sera le procédé ? A ce point de vue, nous différons des autres, non pas de tous : Delbet, Legueu, etc., mais surtout de M. Varnier.

Dans son rapport au Congrès de Nantes (1), parlant du procédé à employer de préférence, il s'exprime de la manière suivante que nous citons textuellement :

« Ce serait vouloir jouer avec la difficulté que de recourir en pareil cas à l'hystérectomie totale. Quiconque a vu de près l'état de dilacération et d'infiltration sanguine du petit bassin, comprendra qu'au point de vue de la rapidité de l'exécution — si importante en ces états de choc — la meilleure opération sera l'hystérectomie subtotale. »

Varnier dans cette formule ne fait pas de différence entre les ruptures complètes et les incomplètes, différence énorme au point de vue du pronostic beaucoup plus sombre pour les complètes.

A notre point de vue, nous nous permettons de faire une différence capitale entre les deux et pour les complètes nous pourrons dire avec beaucoup de raison :

(1) Varnier, *loc. cit.*, chap. IV, page 255.

Ce serait vouloir jouer avec la vie de la femme que de recourir en pareil cas à l'hystérectomie subtotale. Quiconque a vu de près l'état de dilacération, d'infiltration sanguine du petit bassin, de la cavité abdominale même, de sa septicité très probable et des délabrements péritonéaux très lointains (rein opposé), comprendra qu'au point de vue des suites de l'opération le meilleur procédé ne peut être que L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE AVEC DRAINAGE VAGINAL.

Qu'il nous soit permis de ne pas suivre la technique, au moins pour les ruptures complètes, de M. Hartman et parfois même dans les incomplètes.

Il préconise les principes suivants (1) :

« 1° Après restauration éventuelle et toilette du moignon cervico-utérin, suture *à la soie* de ses deux lèvres suivant une ligne transversale.

« 2° Suture en surjet des déchirures péritonéales, s'étendant au loin vers les parois du pelvis et de l'abdomen, afin de *fermer entièrement*, du côté de la cavité séreuse, le foyer traumatique constitué par les parties déchirées et contuses.

« 3° Ne pas suturer l'une à l'autre les lèvres péritonéales du moignon. Mais, amenant celui-ci au contact de la paroi abdominale, le fixer dans l'angle inférieur de la plaie, en marsupialisant en quelque sorte le foyer de la rupture.

« 4° En cas de rupture postérieure, drainage par le vagin. »

Voilà les raisons pour lesquelles — surtout dans les ruptures complètes — le procédé de M. Hartmann ne nous paraît pas indiqué.

Le plus souvent les femmes atteintes de rupture de l'utérus arrivent à l'hôpital dans l'état suivant :

Un temps plus ou moins long s'est écoulé depuis l'accident et la cessation complète des contractions. Très souvent — surtout pour notre pays — de bonnes commères ou des sages-femmes plus ou moins instruites, plus ou moins aseptiques — le plus souvent le moins possible — ont essayé de

(1) VARNIER, *loc. cit.*

faire marcher l'accouchement, d'aider la femme. On a essayé de tous les moyens possibles, on a introduit la main — sale, septique — on a pratiqué des arrachements de la partie présentée (membre supérieur, tronc même ; voir statistique), très souvent par ces manœuvres aggravé la rupture. C'est seulement en face de l'impossibilité absolue de terminer l'accouchement qu'on l'apporte à l'hôpital. C'est de cette manière que la chose se passe dans notre pays, et nous nous permettons de croire que la chose se passe identiquement dans les autres pays ; comme preuve, nous trouvons dans une thèse soutenue à Bordeaux, 1898 (1) : « A notre époque, il est pénible de constater qu'il existe encore des contrées où des sages-femmes font une opposition systématique à l'injection antiseptique, qui vont même jusqu'à l'incriminer quand il y a quelques complications. »

Ajoutez à cela, la longueur du travail, l'écoulement depuis des heures du liquide amniotique, la désinfection plus qu'illusoire de la vulve et du vagin, et on peut se rendre compte de la multiplicité des causes qui nous forcent de considérer ces ruptures complètes comme des cas *éminemment septiques*. Très souvent, au moment de l'admission, les symptômes péritonéaux sont apparus depuis quelques heures. Le péritoine, dans les ruptures complètes, avec ou sans passage du fœtus dans la cavité, *est très souvent infecté*. La femme est débilitée, anémiée par la longueur du travail, par la perte plus ou moins abondante de sang, tout autant de causes qui diminuent la résistance à l'infection. La cavité péritonéale même est pleine de caillots qui sont les meilleurs bouillons de culture *déjà ensemencée*, caillots qu'on retrouve jusque sous le foie, au milieu des intestins, sous le diaphragme, caillots et sang que M. Varnier a retrouvés, à la nécropsie d'une femme opérée *sans drainage ;* il incrimine la position inclinée. On les retrouve dispersés par toute la cavité péritonéale *avant de donner la position de Trendelenburg.*

(1) CARIS (Pierre), Thèse Bordeaux (p. 63).

Voilà pourquoi, d'accord avec la majorité des chirurgiens, nous croyons que, dans les ruptures complètes, on doit prendre en considération la multiplicité des causes qui rendent la cavité abdominale éminemment septique, le contrôle ne pouvant être fait que par des cultures qui nous renseigneront *trop tard*. On doit considérer la cavité comme septique et la traiter en conséquence. Dans nos 3 opérations, 2 fois on trouve des symptômes de péritonite manifeste appréciables *de visu*. Dans ces 2 cas, nous avons fait des cultures positives et nous n'avons eu qu'à nous louer du résultat.

Quelles sont les indications dans les interventions septiques de l'abdomen ? Tous les chirurgiens sont du même avis. Désinfection soignée de la cavité péritonéale, quand la cause de septicité est supposée comme dans nos cas ; incision du ventre dans la position horizontale, *extraction de l'enfant par le ventre* dans le cas où il n'est pas profondément engagé, *jamais par les voies naturelles*; toilette sommaire de la cavité, séparation des intestins par de larges compresses stérilisées. Tâcher de remédier au plus vite à l'hémorragie — pour mieux voir, position inclinée. La contre-indication de la position inclinée serait seulement quand nous craignons l'infection ultérieure des intestins ; mais nous répétons : *toujours* on trouve des caillots, *avant* d'incliner la malade, jusque sous le diaphragme, à cause des positions très variées que la femme a déjà prises depuis l'accident; *l'infection est déjà propagée à la totalité de la cavité abdominale*, *avant l'intervention*.

Quant au procédé, nous nous demandons quel est l'avantage de la sous-totale ? quels en sont les désavantages ? et si le procédé de M. Hartmann peut et doit être suivi ?

L'hystérectomie abdominale totale a été préconisée pour la première fois — par son procédé spécial, aujourd'hui abandonné — comme traitement des ruptures utérines, par Krajewski (1), en 1890, avec 2 bons résultats opératoires.

(1) KRAJEWSKI, *Monatsch. für Geburts und Gynækologie*, t. IV, 1896.

Depuis lors on l'a employé 26 fois, non pas 27 comme c'est noté dans ma statistique, puisque le cas de M. Pinard-Baudron n° 14 n'est pas une totale mais une subtotale d'après les renseignements de M. Varnier (1), avec des résultats meilleurs.

Delagenière (2) dans son traité et au chapitre des hystérectomies abdominales divise les différents procédés en deux groupes : dans le premier, tous les procédés dans lesquels le péritoine est suturé complètement après ablation totale, la cavité parfaitement fermée ; dans ce procédé rentrent ceux de Freund (1878), Reverdin (1892), de Chrobach (1892), de Baldi (1893), Delagenière (1894), Martin (1896), Doyen (1896), Richelot (1897), Hartmann (1897), Bardenhauer (1897).

Dans le deuxième tous les procédés qui laissent ouvert le péritoine pelvien et se servent du vagin pour établir le drainage, où rentrent ceux de : Guermonprez (1891), Polk (1892), Lennander (1893), Pryor (1894), Péan (1894), Ricard (1895), Schwartz (1893), Faure (1897).

Ricard, dans le Congrès de Chirurgie de Paris en 1896, après avoir décrit son procédé, s'exprime ainsi sur la péritonisation du moignon :

« Après avoir dans mes premières opérations fermé avec soin et suturé le péritoine par-dessus le vagin béant, j'ai complètement cessé cette manière de faire, qui me paraît inutilement allonger l'acte opératoire, et n'ai enregistré aucun inconvénient. »

Il n'emploie plus dans la chirurgie abdominale courante, pour annexites suppurées, la péritonisation et se contente — sans enregistrer aucun inconvénient — de tamponner le vagin, en le bourrant par l'abdomen d'une compresse stérilisée, et de refermer le ventre. M. Ricard continue : « Quant aux accidents hémorragiques que redoutent théoriquement les chirurgiens qui n'ont pas la pratique de l'opération, je les crois rares

(1) Varnier, *loc. cit.*
(2) Delagenière, *Chirurgie de l'utérus.*

et plus facilement évitables par cette méthode que par d'autres. » Pour mieux se mettre à l'abri de ces complications et surtout de l'hémorragie, je ne vois pas pourquoi on ne *pratiquerait pas d'emblée la ligature préventive des deux hypogastriques*, ligature très facile à faire et qui nous mettra à l'abri des hémorragies secondaires et même de celles qui pourraient arriver au moment de l'hystérectomie.

On nous dit que la totale est *beaucoup plus difficile* à faire, *beaucoup plus longue*, que c'est vouloir jouer avec la difficulté. Dans le cas d'une rupture au niveau des culs-de-sac — la plus fréquente de toutes — nous ne voyons pas la difficulté *plus grande*. L'un de nous a publié déjà 3 observations dont la durée a varié entre 1 heure et 1 h. 15; mais la longueur de l'opération a été due : à la suture du péritoine déchiré, à la recherche de l'utérine et de celle du ligament rond rétracté, à la suture du péritoine colique, à la suture du péritoine déchiré dans les 2 fosses iliaques même jusqu'au rein opposé (droit). Ce n'est pas à l'hystérectomie totale. Dans une opération typique, M. Hartmann a raison ; mais dans une opération atypique, comme dans les ruptures du col et des culs-de-sac, ce n'est plus la même chose ; en plus, pour la subtotale l'opération se prolonge par la suture des lèvres de la déchirure et encore avec *des fils de soie*. L'inconvénient de la longueur — si longueur il y a dans ces cas — nous croyons qu'il est compensé largement par la *bénignité plus grande* de l'intervention.

Tous les chirurgiens, et pour ne citer que Faure (1), rejettent l'emploi des fils de soie comme fils perdus, à cause de la possibilité d'une infection secondaire et du temps long à mettre pour s'éliminer, même sous-péritonéal. Nous ne voyons pas du tout l'avantage d'un foyer de suppuration à entretenir par ces fils de soie, suppuration qui pourra produire des ennuis trop graves surtout pour une femme extrêmement débile, très peu résistante.

---

1. FAURE. *Traité des suppurations pelviennes.*

L'infection à cause des fils de soie peut se produire des manières suivantes : 1° *de suite* à cause de la septicité des tissus — l'asepsie de la soie même n'étant pas mise en doute. On assiste alors à une suppuration continue et *on est forcé* parfois d'intervenir par une seconde opération, pour l'enlèvement des sutures ; 2° la soie reste des années ; crée par sa présence même — non pas une infection — mais une résistance moindre, et ce n'est qu'au moment d'une tout autre infection — qui n'a rien à voir avec les fils de soie perdus — que nous assistons à une localisation de l'infection au niveau de ces fils de soie.

C'est à cause de ces inconvénients trop graves, rencontrés par beaucoup de chirurgiens à la suite des interventions, que les fils de soie ont été abandonnés.

Les différents chirurgiens qui se sont occupés de la question pensent que parfois ce n'est que grâce à l'*ablation totale* que la malade s'est tirée d'affaire.

Le professeur Mars (de Cracovie), cité par Forné (1), dit que « dans les ruptures étendues, basses, *déjà envahies par l'infection*, *l'hystérectomie abdominale totale* doit être considérée comme le procédé de choix, le *seul* susceptible de sauver la malade quasi irrémédiablement condamnée ».

Les professeurs Branham et Krajewski arrivent aux mêmes conclusions. Nous nous demandons encore pourquoi M. Hartmann, dans les déchirures du cul-de-sac postérieur, préconise le drainage de la cavité abdominale, et dans le cul-de-sac antérieur, non? L'infection des tissus et de la cavité péritonéale est la même, avec cette différence qu'ici c'est justement le moignon qui est le plus infecté et est une source d'infection continuelle qui de par le drain pourrait devenir ascendante.

Pour nous, nous ne voyons pas l'utilité du procédé de M. Hartmann, en pratiquant *un Porro déguisé*, avec ses

---

(1) FORNÉ, *Étude comparée des différentes méthodes de traitement usitées dans les ruptures de l'utérus*. Paris, 1900, p. 117.

inconvénients moindres, mais avec ses inconvénients de longue suppuration.

Auguste Reverdin (1) a émis l'avis suivant sur la valeur du moignon : « Je n'en veux pour preuve que le soin jaloux avec lequel on s'efforce de l'amoindrir par tous les moyens possibles » ; et il continue : « *Le moignon* formé par la partie inférieure de l'utérus *est au moins inutile, souvent nuisible.* » Dans le Congrès de Rome 1894, Martin (2) (de Berlin) se déclare partisan convaincu de la totale et il lui trouve « la grande supériorité de supprimer d'un coup tous les inconvénients dus à ce pédicule ; outre les dangers de l'hémorragie, il faut ajouter que *le moignon est toujours une cause de profond malaise durant la convalescence* ».

Cet inconvénient se retrouve dans toutes les observations de M. Lepage (3) communiquées à la Société d'obstétrique, séance du 14 octobre 1901.

Dans toutes nos opérations, nous avons laissé forcément une partie du col au niveau de la rupture, à cause de l'impossibilité de différencier le col d'avec le vagin, à ce moment, et nous avons eu tort. Pour les 3, il y a eu une élimination tardive de la partie du col laissée en place, élimination à cause de l'infection *antérieure* à l'intervention, peut-être même au moment du travail. Une fois nous avons observé une phlegmatia *alba dolens* du pied du côté de la portion du col laissée en place par impossibilité de le différencier. C'est vrai que après avoir enlevé l'utérus, immédiatement après, en regardant l'organe extirpé, nous nous sommes rendu compte qu'au niveau de la déchirure une portion (petite) du col était restée, mais nous n'avions plus le temps de revenir, et nous répétons nous avons eu tort.

La longueur de l'élimination des parties contusionnées et infectées nous paraît *une contre-indication du moignon.*

(1) Auguste Reverdin, *VIIe Congrès de chirurgie*, 1893, p. 127.

(2) Martin, *Congrès international de Rome*, 1894, d'après *Revue de chirurgie*, p. 516.

(3) Lepage, *loc. cit.*

Faure (1) au chapitre: Traitement des suppurations pelviennes, dit à propos du drainage de la cavité :

« Dans les cas où l'on a des raisons sérieuses de redouter une infection grave, il vaudra mieux à mon avis drainer par le vagin. Dans ces cas, le drainage vaginal me paraît incomparablement supérieur et je suis étonné qu'il y ait encore des discussions à ce sujet.

« Le drainage vaginal se fait au point le plus déclive, ce qui n'est pas sans importance, car j'ai plus de confiance encore pour l'écoulement des liquides, en la pesanteur, qu'en la capillarité... Au bout de 4 à 5 jours, on tire sur la mèche vaginale et tout est dit. »

C'est justement guidé par le même principe que l'un de nous (2) a préconisé de donner à la malade, 2 ou 3 heures après l'opération, la position inclinée (tête et tronc plus élevés que le bassin) ; et, quoique l'état de nos malades fût plus que désespéré, elles ont eu la vie sauve.

Même l'observation III de Varnier et Pierre Delbet prouve qu'on doit considérer ces cas comme éminemment septiques, car à l'autopsie, en dehors du sang et des caillots, on trouve « les anses intestinales rouges, des fausses membranes récentes. Le sang péritonéal recueilli sur le cadavre a donné des coli-bacilles », et, qu'on le note bien, cette rupture s'est produite dans un hôpital — milieu où on a pris toutes les précautions d'antisepsie — avec un personnel auquel on ne peut reprocher la moindre faute d'antisepsie ; la femme était entrée pendant la dilatation ; *poche intacte*.

Le procédé de M. Hartmann est un procédé dérivé d'un Porro avec pédicule sous-péritonéal, ayant des inconvénients moindres, mais tout aussi périlleux dans la suite, à cause du manque de drainage vaginal et du moignon conservé.

Quand le diagnostic de rupture utérine ne peut laisser

---

(1) Faure, Trait. des suppurations pelviennes. *Gynécologie*, 6e année, 15 octobre 1901, n° 5, p. 434.

(2) Cristeanu, *loc. cit.*

aucun doute, alors l'intervention par la voie abdominale s'impose, et si nous insistons sur cela, c'est que parfois, il est vrai, rarement, nous nous sommes trouvé en face de femmes qui présentaient les signes extérieurs de rupture : contractions fortes, sillon transverse, et pourtant l'accouchement s'est terminé régulièrement.

Dans le cas de rupture donc, nous sommes d'avis de préconiser toujours la technique suivante pour les complètes : enlever, si c'est possible, l'utérus totalement; rétrécir la brèche par du catgut — jamais de la soie; — capitonner un peu ou point du tout les lèvres avec le péritoine, sans jamais fermer complètement. Si le cas est grave, laisser tel quel; faire toilette à fond après avoir donné la position horizontale, laver la cavité avec du sérum chaud — même bien chaud — bien nettoyer toute la cavité et les intestins, enlever les plaques de péritonite avec des compresses stérilisées, sécher la cavité par des compresses chaudes, et puis drainer le vagin par l'abdomen soit en pratiquant un Mikulitz qui tamponne tout le petit bassin, soit par des mèches stérilisées. Nous avons préconisé déjà la ligature de l'hypogastrique quand on ne trouve le bout de l'utérine rétracté : il serait mieux de pratiquer d'emblée la ligature des hypogastriques dès le commencement pour éviter l'hémorragie, de travailler à sec et de ne plus craindre les hémorragies secondaires. Fermeture du ventre en 2 étages. Pas de drainage abdominal.

Dans le premier cas, observation LXXV, nous l'avons pratiqué et voilà les suites fâcheuses, que nous avons trouvées, à ce drainage : la femme étant une VIIpare, bassin rétréci, la paroi abdominale très relâchée. Au moment de l'opération, nous n'avons pas eu le temps de remédier à cette laxité; nous avons pratiqué le drainage abdomino-vaginal, l'abdominal par une mèche jusqu'au petit bassin, au niveau de l'angle inférieur. Les inconvénients ont été :

1° Au niveau de la plaie abdominale, cultures pures de staphylocoques ;

2° Au moment de retirer la mèche, une frange épiploïque

adhérente à elle est sortie ; je l'ai réintroduite et tout s'est passé sans accroc. Quelques mois après, j'ai revu la femme qui accusait des douleurs au niveau de l'angle inférieur de la cicatrice et une hernie de la ligne blanche. Les douleurs continuant malgré la ceinture portée immédiatement après l'intervention, nous avons prié le Dr Carnabel, chirurgien à l'hôpital Coltzea, qui nous avait assisté lors de l'hystérectomie, de tâcher de remédier à l'infirmité dont la malade souffrait. Opérée par le professeur Toma Jonnesco assisté du Dr Carnabel, on trouve une portion d'épiploon adhérente à l'angle inférieur de la plaie, au niveau du drain abdominal. Séparation. Les tissus et le moignon vaginal en très bon état. On remédie à la hernie. Guérie. Se porte bien. Pour les 2 autres, nous n'avons pas employé le drainage abdominal et nous n'avons pas eu de suites fâcheuses.

Voilà les raisons qui nous forcent à ne pas être de l'avis de M. Hartmann pour les ruptures utérines complètes et à considérer que ce n'est pas jouer la difficulté que de recourir dans les complètes à l'hystérectomie totale, que c'est presque le contraire. Nous pensons *aux suites* probables de l'opération, et que si c'est un peu plus difficile, même si l'opération dure *quelques instants* de plus, *c'est dans l'intérêt même de l'opérée et de l'opération. Pratiquer la subtotale* sans drainage dans ces conditions, c'est vouloir risquer à coup sûr et l'une et l'autre.

Pour les ruptures incomplètes, les conditions changent tout à fait. Dans ces cas, nous avons presque la sécurité que la cavité péritonéale est indemne de tout contage, en dehors des infections qui se sont propagées par les lymphatiques et les veines de la région et de l'utérus. Dans ces conditions, la position de Trendelenburg est indiquée, dès qu'on s'est convaincu qu'il n'y a pas de communication. Isolement des intestins par de larges compresses stérilisées. Si l'enfant est passé dans la poche ou s'il n'est pas engagé profondément dans le bassin, extraction par le ventre ; dans le dernier cas seulement, qu'elle soit complète ou incomplète : extrac-

tion par les voies naturelles et *immédiatement* laparotomie et hystérectomie, ligature préventive d'emblée des deux hypogastriques. Hystérectomie abdominale totale pour les mêmes motifs. *Pas de moignon, pas de drainage.* Pas de lavage de la cavité. Mais dans les cas où on trouve des signes manifestes de péritonite, alors seulement les traiter comme cas septiques. Emploi seulement du catgut dans la cavité abdominale, soit pour suturer le péritoine déchiré, soit pour les ligatures, jamais de soie. Fermeture complète de la paroi abdominale en 2 étages. Catgut et crins. Sérum en masse avant, pendant et après l'opération pour prévenir le choc, pour remonter la malade.

La question des ruptures utérines ressemble beaucoup, à notre avis, à une autre question qui était d'actualité seulement il y a une ou deux années : celle de l'appendicite. Le même traitement médical et anodin prétendait guérir des appendicites suppurées, la même opposition des médecins se faisait sentir contre l'intervention chirurgicale à temps, et ce n'est que grâce au professeur Dieulafoy et à la brillante pléiade de ses élèves qu'aujourd'hui cette maladie a passé tout à fait dans le domaine chirurgical. La même réaction commence à se faire jour pour les ruptures utérines. Beaucoup d'accoucheurs et de chirurgiens apportent des statistiques plus ou moins nombreuses, plus ou moins heureuses; les cas d'intervention sont plus fréquents. C'est on pourrait dire, l'époque de tâtonnement, et le jour où les anciennes méthodes seront tout à fait délaissées n'est pas loin. On entre dans une nouvelle et plus heureuse ère.

On serait en droit de nous demander si, de par l'intervention, la mortalité disparaîtra totalement ; si, grâce à l'opération, toutes les femmes guériront. Avec regret nous répondrons non.

C'est que l'intervention ne pourra rendre la vie aux moribondes, aux non opérables, à celles chez qui l'opération sera pratiquée comme *ultima ratio*, à celles chez qui il y a eu retard de l'intervention, soit qu'on les ait apportées avec des phénomènes avancés d'infection péritonéale ou générale, soit qu'on

ait essayé premièrement d'une autre méthode, perdant un temps précieux ; à celles-là il n'y a encore que cette intervention qui pourra encore sauver la vie, et nous croyons même qu'en s'abstenant rigoureusement d'extraire l'enfant, passé dans la cavité, par les voies naturelles, on diminuera de beaucoup la mortalité, on sauvera beaucoup de femmes inscrites aujourd'hui parmi les moribondes.

L'intervention à temps sauvera la vie de beaucoup de femmes qui à présent par les méthodes actuelles de non-intervention meurent fatalement.

Du reste personne ne pense à incriminer la laparotomie et l'intervention dans les occlusions intestinales où il y a encore et il y aura toujours mortalité par stercorhémie, et pourtant l'intervention est la seule indiquée, la seule raisonnable même dans les cas désespérés.

Telles sont nos vues sur la question du meilleur traitement à préconiser dans toutes les ruptures de l'utérus déduites de l'étude attentive tant des travaux antérieurs que de notre statistique.

REVUE CLINIQUE

UN CAS DE SALPINGITE SUPPURÉE ASEPTIQUE

Par **G. Legros**, interne à l'hôpital Lariboisière.

Les pus aseptiques sont actuellement chirurgicalement bien connus et rencontrés dans la pratique courante, les salpingites notamment en offrent des exemples relativement fréquents, même si l'on ne tient pas compte des cas où des recherches bactériologiques insuffisantes, l'absence d'essais de culture sur milieux spéciaux (gonocoque), l'absence d'inoculation aux animaux et d'examen anatomo-pathologique (b. de Koch) rendent discutables les résultats négatifs obtenus. A ce seul titre, l'observation qui suit ne nous aurait donc pas paru mériter d'être publiée, si elle n'empruntait quelque intérêt aux circonstances qui lui donnent la valeur d'une observation expérimentale précise.

Am. B..., 17 ans, bonne dans un hôtel de Paris, entre à Lariboisière pour symptômes péritonéaux.

A. H. : Rien à noter.

A. P. : N'a pas eu de maladies, petite de taille, assez bien constituée, d'intelligence peu développée ; elle travaillait chez elle à la terre, a été réglée à 15 ans et depuis régulièrement toutes les trois semaines. Elle n'a jamais interrompu son travail. Elle vient à Paris en novembre 1900. Douze jours avant son entrée à l'hôpital, elle a son premier rapport sexuel avec un inconnu.

Histoire de la maladie. — Cinq jours après apparaissent brusquement des douleurs vives dans le bas-ventre et des pertes jaunâtres épaisses, empesant la chemise ; elle est obligée de s'aliter, souffre de douleurs très vives en urinant. Pas de vomissement.

Les douleurs persistent et s'étendent progressivement à tout l'abdomen ; la malade reste une journée sans pouvoir uriner ; elle est envoyée à l'hôpital 6 jours après le début des accidents.

Le 5 septembre, elle présente à son entrée des vomissements verdâtres, une température de 39°, un pouls à 80. Le ventre est ballonné, présente une hyperesthésie cutanée avec défense de la paroi. Constipation. Écoulement vaginal verdâtre, peu abondant. La malade est sondée. Un toucher vaginal difficilement pratiqué montre un col normal, des culs-de-sac très douloureux sans autres signes. Urines sans albumine, glace sur le ventre, morphine, diète absolue.

Ces symptômes aigus s'atténuent rapidement les jours suivants, 8 jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, la température tombe à 37°, le ventre reste encore tendu et sensible à la palpation. Le toucher est douloureux surtout au niveau des culs-de-sac latéraux, mais on ne perçoit pas d'empâtement. Dysurie encore persistante.

Le 16 septembre, temp. 37°,6, le ventre est plus souple, les vomissements ne se sont plus reproduits depuis plusieurs jours ; on trouve au toucher vaginal, dans le cul-de-sac gauche, un cordon induré du volume du petit doigt se continuant avec une tuméfaction plus volumineuse, mal délimitée.

Le 22 septembre, la temp. s'élève brusquement à 38°,6, des vomissements apparaissent s'accompagnant de violentes douleurs abdominales à irradiations lombaires. Le palper abdominal donne deux points annexiels douloureux, il est plus péniblement supporté du côté gauche.

Au toucher, on trouve dans le cul-de-sac postérieur une masse irrégulière, très douloureuse, du volume d'un abricot, se continuant par une corde douloureuse vers la fosse iliaque gauche et du côté droit une tuméfaction plus petite également douloureuse. On diagnostique une salpingite bilatérale qui s'est effectuée depuis l'entrée de la malade à l'hôpital et est devenue particulièrement rapidement appréciable dans les 8 jours qui précèdent.

Glace. — Grandes irrigations vaginales et rectales. Opiacés.

La température redescend les jours suivants ; on trouve le 8 octobre la malade dans un état général satisfaisant, elle mange, souffre moins, dort mieux, les pertes vaginales ont disparu. Par contre, les lésions sont nettement accentuées. Le pyosalpinx gauche a le volume d'une mandarine, le toucher est très douloureux. A droite, il y a également une augmentation de volume très nette. On pose la

question d'une intervention, elle est pratiquée le 22 octobre en l'absence de toute rétrocession des symptômes locaux.

Le 22 octobre (47 jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, 36 jours après la première constatation clinique de lésions annexielles), laparotomie, castration double. Les deux trompes sont bosselées, fluctuantes, la gauche a le volume d'une pomme.

Péritonisation du cul-de-sac postérieur. — Drainage.

Suites simples. — Le 24 octobre, on supprime les drains pour mettre une mèche. La malade part au Vésinet le 10 novembre, ne souffrant plus, elle conserve une fistule assez profonde ne donnant presque rien dans les pansements.

Les pièces enlevées furent examinées bactériologiquement une heure après l'opération. La trompe gauche, la plus volumineuse, présentait trois tuméfactions isolées, une intermédiaire petite à contenu séreux, à parois amincies et transparentes, deux à contenu purulent, à parois épaisses et lardacées, le pus jaune clair sans grumeaux, sans odeur ; mis en pipettes se sépare en une couche de pus et une couche beaucoup plus mince de sérosité d'abord trouble, puis bientôt complètement transparente.

L'ensemencement du contenu de ces 3 cavités salpingiennes gauches et du pus de la trompe droite est fait immédiatement très largement sur les milieux suivants : gélose au sang (Bezançon et Griffon), gélose Wertheim, bouillon et liquide d'ascite à parties égales, tubes de gélose sucrée profonde. Il est fait en tout une trentaine d'ensemencements, quelques-uns en raclant les parois des poches suppurées à la pipette de fort calibre, on inocule de plus avec une grosse pipette le pus et produit de raclage de la muqueuse dans le péritoine de deux cobayes.

Aucun des tubes ensemencés, examinés microscopiquement pendant plusieurs jours, ne donna de traces de culture soit aérobie, soit anaérobie.

Les examens directs du pus sur lames avec coloration par la méthode de Gram, la thionine phéniquée, le liquide de Ziehl confirmèrent ces résultats négatifs en ne montrant pas sur un grand nombre de préparations examinées une seule forme microbienne, intra ou extraleucocytaire.

Les globules blancs (presque uniquement polynucléaires) étaient bien conservés, prenaient régulièrement les colorants sans réactions spéciales à l'acide osmique ou à la fixation par l'iode.

Le pus faiblement acide donnait nettement la réaction du buir et pas de réaction d'endol, pas de réduction de la liqueur de Fehling. Abandonné en pipettes closes stérilesà la température de 37° et de 20° pendant un mois, il n'a montré au bout de ce temps aucune modification des deux couches de sérum et d'éléments cellulaires qui s'étaient formées après quelques heures.

Les deux cobayes sacrifiés 40 jours après l'inoculation ont augmenté de poids, ne présentent pas de lésions suspectes. Les coupes faites au niveau de différents points des trompes montrèrent une infiltration embryonnaire très accentuée de la muqueuse, de nombreuses végétations arborescentes dans la cavité salpingienne, pas de foyers purulents interstitiels et une conservation à peu prés constante de l'épithélium.

En résumé, il nous a été donné d'assister consécutivement à une infection à peu près certainement blennorrhagique, au développement d'une salpingite double chez une femme de 17 ans. Cette salpingite a été cliniquement appréciable seize jours après le début de la blennorrhagie, elle a été opérée trente-six jours plus tard. Le pus des deux trompes était indiscutablement stérile, au sens le plus rigoureux des données bactériologiques actuelles.

REVUE GÉNÉRALE

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ÉCLAMPSIE [1]

La théorie de l'auto-intoxication, établie par Bouchard pour l'urémie et adoptée par Rivière, pour l'éclampsie, a provoqué un grand nombre de travaux ayant donné des résultats contradictoires. C'est dans le but de rechercher les causes de ces divergences que Schumacher a institué, à la clinique de Fehling, une série d'expériences sur la toxicité des urines et du sérum sanguin à l'état normal et pathologique de la gestation.

Tout d'abord, la technique de l'expérimentation joue un grand rôle, ainsi que Volhard l'avait déjà démontré. Il faut que l'injection intraveineuse du sérum ou des urines se fasse lentement, sous pression faible et égale, et que la température du liquide injecté ne diffère pas trop de la chaleur animale. Guidé par ces principes et par un certain nombre de considérations moins importantes, Schumacher est arrivé à un manuel opératoire qui ne laisse plus aucune prise à la critique, ce qui donne naturellement aux résultats obtenus une valeur que n'ont pas ceux de ses devanciers.

Avant d'expérimenter avec les liquides pathologiques, l'auteur a voulu s'instruire sur l'effet exercé par l'injection d'un liquide indifférent et de l'urine normale.

Une solution de chlorure de sodium à 6 p. 1.000, injectée dans la veine jugulaire d'un lapin — c'est cette dernière espèce animale qui a servi à toutes les expériences — n'a produit aucun effet morbide, même si la dose injectée allait jusqu'à 80 centimètres cubes par kilogramme du poids de l'animal. Par contre, une solution *plus concentrée* du même sel agissait tout autrement : à la

---

1 D'après H. Schumacher, *Experimentelle Beiträge sur Eklampsiefrage. Beiträge zur Geburts. und Gynæk.*, 1901, Bd. 5, H. 2.

dose de 37 centimètres cubes par kilogramme, une solution de 25 p. 1.000, ayant une densité de 1.020 (au lieu de 1.005, densité du sérum artificiel), menaçait de tuer l'animal, et les solutions plus concentrées n'étaient pas supportées à des doses plus petites encore, d'où la conclusion que, parallèlement à la teneur en chlorure de sodium, la toxicité d'une solution de ce sel se trouve augmentée.

L'examen de l'urine de personnes saines, en dehors de la puerpéralité, a donné des résultats très variables par rapport à la quantité nécessaire pour produire des lésions, fait déjà noté par Volhard et qui montre la difficulté d'exprimer en chiffres la toxicité moyenne des urines même à l'état normal. A noter que, dans un cas, l'injection était suivie de deux accès épileptiformes, ce qui prouve que l'urine normale peut contenir des substances capables de produire des crampes, qualité qu'on avait cru réservée aux états pathologiques.

Quant aux urines excrétées par des femmes saines pendant la gestation et après la parturition, on avait prétendu que les premières étaient moins toxiques, les dernières au contraire plus toxiques que l'urine ordinaire, et l'on expliquait ce prétendu fait par la rétention, dans l'organisme gravide, des substances toxiques qui, après le part, étaient éliminées rapidement. Les expériences de Schumacher vont à l'encontre de cette théorie ; là encore, comme pour l'urine normale en dehors de la puerpéralité, les résultats sont très différents les uns des autres et jamais l'auteur n'a pu constater une diminution ou une augmentation de la toxicité urinaire à mesure que le terme de l'accouchement s'approchait ou s'éloignait.

Les causes de cette divergence des résultats résident non seulement dans la différence individuelle des animaux d'après leur âge, leur taille, leur race, leur état de force, etc., mais surtout dans le degré de concentration du liquide injecté, en d'autres termes : dans sa *densité*, ainsi que l'expérience avec les solutions de chlorure de sodium l'avaient déjà fait prévoir. En effet, qu'elles proviennent de personnes en dehors de la gestation, de femmes en état de grossesse ou de mères en couches, les urines d'une *densité égale* ont une *toxicité identique*. Cet axiome s'est trouvé corroboré par l'étude *des urines pathologiques* provenant soit de malades atteintes de *nephritis gravidarum*, soit de vraies éclamptiques.

Là encore, Schumacher n'a pas trouvé une différence quelque peu constante entre l'état d'avant et l'état d'après l'accouchement. De plus, le contenu en albumine n'a aucune influence sur la toxicité, qui ne diffère pas de celle des urines de la grossesse normale. La preuve, c'est que des urines contenant de l'albumine exerçaient absolument les mêmes effets après que ce corps chimique fut coagulé par l'ébullition et éliminé par filtration. Autre preuve : l'urine d'une albuminurique s'était trouvée très toxique ; sa densité était de 1.020 ; en ajoutant de l'eau distillée on rabaissait ce chiffre à 1.010 ; au lieu de 29 centimètres cubes par kilogramme de l'urine originale qui avait produit un effet toxique, $61^{cme},5$ de l'urine diluée étaient supportés sans le moindre symptôme !

Cette expérience a été répétée, avec le même résultat, sur les urines de plusieurs éclamptiques. Dans un de ces cas, la densité urinaire avait atteint le chiffre exceptionnel de 1.050 ; $2^{cme},3$ de ce liquide par kilogramme suffisaient à tuer un lapin sur-le-champ, alors que $25^{cme},3$ de cette même urine, mais étendue à la densité de 1.020, ne provoquaient plus que des effets passagers !

L'auteur n'a pas pu constater une diminution de la toxicité urinaire pendant l'état convulsif de l'éclampsie, ni son augmentation après l'accès, ainsi que l'ont prétendu Ludwig et Savor. En tout cas, la forte toxicité qui se trouve souvent pendant l'éclampsie n'est pas due à la présence de corps spécifiques, mais simplement au fait que, dans ces conditions, l'urine forme une solution saline très concentrée.

La deuxième série d'expériences recherche l'action du *sérum sanguin*, vu que la théorie de l'auto-intoxication veut une rétention de substances toxiques dans le sang, substances qui devraient être éliminées par les reins.

Les divergences dans les résultats obtenus jusqu'à ce jour avec les injections de sérum s'expliquent, d'après Schumacher, par le fait que là, plus encore qu'avec l'urine, le dispositif de tous les détails de l'expérimentation sont d'une importance extrême, tout en étant très difficiles et délicats.

Le sérum provenant du sang perdu par la femme au cours de la troisième période de l'accouchement fut toujours trouvé beaucoup plus toxique que l'urine ; par contre, l'auteur n'a pu constater *aucune différence de toxicité* entre le sérum de parturientes normales et celui de mères atteintes de néphrite ou d'éclampsie.

La gravité des symptômes éclamptiques est sans influence sur le degré de toxicité du sérum. De plus, le sérum des nouveau-nés d'éclamptiques n'est pas plus toxique que celui de leurs mères, ce qui va à l'encontre des résultats obtenus jadis par Tarnier. Dans 3 cas d'éclampsie, l'auteur a pu examiner le *liquide amniotique* qu'il n'a pas trouvé être plus toxique que normalement.

Le résultat de toutes ces expériences est formulé de la manière suivante par Schumacher : Ni au cours de la grossesse ni pendant les suites de couches, il n'existe une différence notable de la toxicité de l'urine ou du sérum entre les femmes saines, les néphritiques et les éclamptiques.

Toute l'école de Bouchard et, avec elle, Ludwig et Savor étaient arrivés à des conclusions diamétralement opposées. Schumacher en cherche les causes dans le fait que l'on a mis en parallèle l'action de l'urine et celle du sérum sanguin sur l'organisme des animaux d'expérience. Or, comme nous l'avons rapporté, les urines agissent simplement à titre de solution saline et leur action varie d'après le degré de concentration qu'elles possèdent, tandis que, pour le sérum, ceci n'est pas le cas : en y ajoutant de l'eau distillée on n'arrive qu'à rabaisser sa toxicité dans la mesure de la dilution, c'est-à-dire qu'une dose double d'un mélange de sérum et d'eau à quantité égale aura la même force active que la dose simple du sérum non dilué, tandis que l'urine diluée dans les mêmes proportions n'a plus aucun pouvoir. Le sérum agit donc en vertu des substances toxiques qu'il renferme, tandis que l'action de l'urine est uniquement due à son caractère de solution saline plus ou moins concentrée.

Schumacher n'est pas un adversaire de la théorie de Bouchard et admet avec elle que l'éclampsie est une affection due à l'action toxique de certains produits des échanges organiques. Seulement, cette hypothèse n'est pas encore prouvée, les expériences apportées par Bouchard et son école à l'appui de la théorie n'étant pas justes. Schumacher estime, du reste, que la méthode qui consiste à examiner la toxicité de l'urine et du sérum par l'expérience sur l'animal n'est pas capable de nous guider plus en avant dans la connaissance des causes de cette maladie encore si mystérieuse.

E. WORMSER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 11 *novembre* 1901.

M. RUDAUX. — **Rupture d'un utérus malformé.** — (Observation sur laquelle M. WALLICH fera ultérieurement un rapport.)

M. VARNIER. — **Sur une observation de M. Rudaux intitulée « Rétroversion d'un utérus fibromateux simulant un utérus gravide »** (1). — L'échec de l'intervention chirurgicale est en partie dû à l'erreur de diagnostic. L'erreur dérive de la méconnaissance de ce principe de diagnostic que, « chez une femme habituellement bien réglée et qui n'accuse aucune interruption de ses règles », la première hypothèse ne doit pas être celle d'une grossesse en présence d'un utérus augmenté de volume.

L'échec est peut-être également dû à l'époque tardive de l'intervention.

Quant aux difficultés de l'extirpation par la voie vaginale de l'utérus porteur d'un fibrome gros comme une orange, elles n'apparaissent pas nettement d'après l'examen de la pièce enlevée après laparotomie.

M. ROUTIER. — **Hystérectomie abdominale supravaginale pour fibromes compliquant une grossesse de quatre mois et demi** (Suite de la discussion sur la communication de M. SCHWARTZ).

A deux observations déjà rapportées par lui, M. Routier verse au débat deux autres observations.

En 1899, M. Routier a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale chez une femme de 35 ans; il avait diagnostiqué un fibrome remontant à l'ombilic; depuis deux mois cette femme n'avait pas eu ses règles; depuis six semaines environ la tumeur était devenue

(1) Séance du 14 octobre.

très douloureuse et la malade disait ne plus pouvoir se tenir debout. M. Routier enleva un fibrome de 2.960 grammes; dans la cavité utérine, très portée en arrière, il y avait un fœtus de 7 centimètres de long. Guérison.

La seconde observation date du mois de juillet 1901. Le 31 juillet, M. Routier fut appelé auprès d'une jeune femme de 26 ans, enceinte depuis février, et qui, subitement, le 25 juillet d'abord, le 29 ensuite, avait eu de violentes crises de douleur dans le flanc droit. Le ventre était anormalement développé et bilobé : la partie gauche était rénitente, fluctuante, se contractait sous la main, et on y percevait les mouvements du fœtus: c'était l'utérus gravide. A droite, au contraire, le ventre beaucoup plus gros était d'une sensibilité telle qu'on ne pouvait y toucher; cette tuméfaction uniforme remontait sous le foie; la température était montée à 38°,2 et le pouls à 120. Il y avait eu quelques vomissements; la malade était en état nauséeux et la douleur surtout était extrême. M. Routier pensa à un kyste tordu compliquant la grossesse. Le lendemain matin, il pratiqua la laparotomie.

C'était un fibrome de 3.350 grammes à demi tordu sur un pédicule de 6 centimètres de long sur 15 millimètres de large. Excision du fibrome en laissant sur le pédicule une collerette suffisante pour faire une bonne suture en deux plans; un sinus fut ouvert qui demanda deux ou trois points de suture complémentaires.

Le 7 août, elle fut prise de douleurs expulsives; elle accoucha d'un enfant vivant, et mourut subitement peu après, vraisemblablement par embolie. Pas d'autopsie.

M. Pinard. — Les accidents signalés par M. Routier sont de ceux qui pour être rares peuvent néanmoins rendre l'intervention nécessaire pendant la grossesse. Au cours de la deuxième opération, M. Routier dit avoir ouvert un sinus utérin. Dans ces conditions, n'aurait-il pas mieux valu faire une hystérectomie totale?

M. Routier. — L'hémorragie fut très minime; et il suffit de mettre une pince et une ligature pour la voir s'arrêter.

M. Pinard. — A-t-il été fait systématiquement des injections de morphine à titre de prophylaxie de l'avortement post-opératoire ?

M. Routier. — On en a fait quelques-unes, dans les premiers jours, mais non pas systématiquement.

M. Pinard insiste sur l'utilité des injections systématiquement prolongées.

M. Pozzi. — A propos de l'indication à l'hystérectomie totale qui pourrait être fournie par l'hémorragie, M. Pozzi pense que, quand celle-ci paraît complètement arrêtée, on est autorisé à laisser l'utérus. Mais s'il s'agit d'une hémorragie qui persiste, même en très petite quantité, il n'y a pas à hésiter, il faut enlever l'utérus.

M. Routier. — L'opération a été tellement simple que l'indication ne s'est même pas posée.

M. Richelot. — **Sur le traitement de la métrite cervicale.** — M. Richelot revient sur les résultats qu'il obtient dans le traitement de la métrite cervicale chronique par le caustique de Filhos. La restitution de la forme et des fonctions est plus sûre qu'après les opérations les mieux faites : après le Schroeder, opération délicate, le col est raccourci, il n'a plus sa forme première. Avec le Filhos on lui restitue sa forme première, sans atrésie. Les grossesses et accouchements ultérieurs sont possibles sans dystocie (4 cas observés par M. Richelot). Dans un cas même d'atrésie produite par le nitrate d'argent, M. Richelot a pu refaire au Filhos un canal cervical perméable, supprimer la dysménorrhée, guérir la métrite cervicale.

Au point de vue technique, il ne faut pas craindre les cautérisations profondes, seules capables de détruire les tissus malades. Quant à la forme à donner au topique, celle que préfère M. Richelot est un crayon court de pâte de Vienne coulée dans un culot de plomb et dont l'extrémité libre est enveloppée de gutta-percha.

M. Doléris. — Le Filhos, comme tant d'autres topiques (créosote, ichthyol, teinture d'iode, etc.), peut être efficace contre les ectropions récents et les endocervicites superficielles.

Contre les cicatrices angulaires des cols lacérés, contre la cervicite hypertrophique et scléro-kystique, M. Doléris préfère le bistouri qui d'emblée supprime tous les tissus pathologiques. Enfin le Filhos ne guérit pas les déchirures du col, il ne rétablit la forme du museau de tanche que par un artifice de forme apparente, par diminution des lèvres du col.

M. Pozzi. — Le procédé de M. Richelot s'adresse aux inflammations superficielles. L'action du caustique est aveugle et peut être dangereuse dans les cas où les kystes glandulaires s'enfoncent jusqu'au voisinage de la cloison cervico-vésicale.

M. RICHELOT. — Ce n'est pas seulement dans les cervicites légères et récentes, mais dans les métrites cervicales rebelles, sur les cols durs, énormes, scléro-kystiques, que son action est puissante.

M. LEPAGE. — Comment une cautérisation peut-elle réparer une déchirure, reproduire avec sa forme quelque chose de détruit ?

M. POZZI. — Comment limiter aux tissus malades l'action du topique? La cautérisation n'ira-t-elle pas trop loin dans les cols très minces ?

M. RICHELOT. — D'ordinaire les cols atteints de métrite chronique sont gros, énormes même. Il faut détruire les tissus malades de bas en haut, sculptant le col à chaque séance. L'escarre produite par le Filhos est peu profonde, elle est limitée au point touché. D'autre part, la composition du topique est connue et constante, son action est invariable. L'action du topique n'est donc pas aveugle. Quant à la cicatrisation des déchirures du col, elle est facile à comprendre : le caustique les avive au niveau de leur sinus et elles se ferment de haut en bas à la façon des plaies angulaires.

M. POTOCKI. — Depuis un an, dans dix cas de métrite chronique du col (gros cols ulcérés, scléro-kystiques) chez des femmes qui ne voulaient ou ne pouvaient être opérées chirurgicalement, M. Potocki a employé avec un succès constant la méthode de M. Richelot.

M. PINARD a souvent, pendant son internat à la Maternité, appliqué le caustique de Filhos. M. Tarnier lui a fait remarquer à maintes reprises qu'il ne produisait aucune sténose du col.

M. VARNIER. — **Doit-on continuer à recommander l'emploi du lait stérilisé dans l'allaitement mixte et lors du sevrage des nourrissons parisiens** (1)?

Séance du 9 décembre 1901.

M. RUDAUX. — **Malformations fœtales.** — M. Rudaux présente :

1° Les annexes d'un fœtus atteint de malformations multiples : brièveté naturelle du cordon et brides amniotiques encéphalo- funiculaires.

(1) Cette communication sera publiée *in extenso* avec la discussion qu'elle a soulevée dans les séances de janvier et février 1902.

2° Un cas de polydactylie chez un prématuré (sept doigts à chaque main et six orteils à chaque pied).

M. Doléris. — **Grossesse tubaire avec hémorragie ovarique.** — Il s'agit d'un kyste fœtal de la moitié externe de la trompe opéré le jour même; l'ovaire correspondant, plus volumineux que la trompe gravide, gros comme une orange, était transformé en une poche remplie de sang. La malade n'avait pas eu d'amènorrhée.

M. Pozzi a vu un fait analogue : il y avait un kyste de l'ovaire, mais dont le contenu était du sang coagulé. Le corps jaune peut être en pareil cas le siège d'une hémorragie qui le transforme en kyste ; c'est là un fait intéressant au point de vue pathogénique.

M. Pinard. — La malade de M. Doléris n'aurait pas eu d'aménorrhée. M. Pinard considère les écoulements de sang notés par cette femme, non comme des règles, mais comme un signe de diagnostic d'une importance capitale, car ils ont été irréguliers comme dates d'apparition et comme importance. Il n'y a pas plus de règles pendant la grossesse extra-utérine que pendant la grossesse utérine. Cette femme n'a pas été réglée : elle a eu des *hémorragies*.

M. Doléris. — **Fibrome du moignon après une hystérectomie abdominale subtotale.** — Une femme, ayant subi il y a un an une hystérectomie abdominale subtotale pour un gros fibrome utérin, vit après l'opération revenir ses règles plus abondantes et plus douloureuses qu'auparavant. M. Doléris ayant pratiqué la section bilatérale du col découvrit, dans le moignon cervico-utérin assez volumineux, un fibrome du volume d'une aveline, qu'il extirpa. Après quoi, les hémorragies cessèrent complètement.

M. Doléris. — **Rétroversion adhérente de l'utérus gravide. Laparotomie. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds à deux mois et demi de grossesse. Guérison. Accouchement à terme.** — Il s'agit d'une femme de trente-six ans, entrée au pavillon de la Maternité de l'hôpital Boucicaut le 28 mai 1901.

Réglée à dix-sept ans, très régulièrement tous les mois ; — menstrues indolores et assez abondantes.

Mariée pour la première fois à vingt et un ans ; elle a de ce premier mariage deux enfants, dont l'un est mort. Remariée à vingt-cinq ans en 1892, elle devient aussitôt enceinte. Vers le deuxième mois et demi de cette grossesse, elle subit des brutalités réité-

rées, reçoit un violent coup de pied dans l'hypogastre, fait une fausse couche, et depuis cette époque reste affectée d'une rétroversion utérine.

Elle se fait soigner pour sa rétroversion, à l'hôpital Necker, pendant onze mois, en 1894. Le traitement consiste en massages *intus* et *extra* suivis de l'application d'un pessaire qu'elle porte constamment et qui est retiré chaque jour pour la séance de massage.

Lorsqu'elle quitta l'hôpital, elle éprouvait toujours des malaises, maux de reins, céphalée, constipation opiniâtre. Les menstrues sont régulières mais parfois très douloureuses.

Le 28 mai 1901, la malade vient à la consultation et accuse un retard de règles de deux mois environ ; elle pense être enceinte. Elle éprouve des douleurs très vives et constantes dans le bassin et l'hypogastre ; constipation invincible. Miction parfois douloureuse, toujours difficile.

L'utérus, volumineux, est entièrement rétroversé et rétrofléchi. Le *corps* et le *fond* forment une tumeur volumineuse, régulière et rénitente qui occupe le cul-de-sac de Douglas, le déprime fortement et fait une saillie très accusée vers le vagin. Cette tumeur descend très bas et il est visible que les tissus du plancher pelvien et les ligaments utérins sont relâchés. La rétrodéviation a dû être précédée d'un fort degré de prolapsus génital. L'abaissement notable du Douglas repoussé par le fond de l'utérus et la colpocèle postérieure très accusée créent des conditions d'incarcération redoutables. Toute la région est douloureuse au toucher.

Le *col utérin* est petit, situé très haut derrière la symphyse pubienne et regardant l'orifice vulvaire. L'angle formé par le col et le corps a son sinus ouvert en avant.

Le diagnostic de grossesse très probable est porté sans hésitation. La malade est mise au repos, et on procède à la désobstruction intestinale par des purgatifs et des lavements. On surveille la vessie.

Les douleurs abdominales persistent presque constantes et très vives. M. Doléris essaye de réduire la rétroversion dans la position génupectorale et ordonne le décubitus abdominal constant. Au bout d'une semaine de ce régime, la situation ne s'améliorant pas, la constipation étant impossible à vaincre, l'état gastro-intestinal peu satisfaisant, et les douleurs persistantes, on procède à l'introduction dans le rectum d'un ballon rempli de 250 grammes d'eau, le 7 juin. Cette opération est douloureuse et mal supportée,

bien qu'elle soit pratiquée très lentement et avec mille précautions.

L'application du ballon rectal est réitérée le 9 juin et on le remplit de 320 grammes d'eau.

Après chacune de ces interventions, il a semblé à la malade qu'elle se trouvait un peu soulagée, mais cette amélioration est de très courte durée.

En réalité, malgré la répétition des mêmes tentatives, la persistance du décubitus abdominal, l'utérus ne se réduit nullement et les phénomènes morbides persistent en se compliquant de coliques utérines véritables qui font craindre un avortement.

M. Doléris décide alors de pratiquer la laparotomie (18 juin). Petite incision sous-ombilicale. La main glissée derrière et sous l'utérus le décolle de la paroi pelvienne ainsi que les annexes rétroprolabées et maintenues par des adhérences molles ; le péritoine est injecté et contient un peu de sérosité infiltrée dans des lacunes fibro-adhérentielles. L'utérus est ramené en avant, mais il tend à reprendre sa position vicieuse.

M. Doléris pratique alors le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par son procédé.

L'abdomen est suturé en deux étages.

De suite après l'opération, M. Doléris s'assura, par le toucher, que l'utérus avait basculé en avant, que le Douglas était vide. Par contre, le col utérin est abaissé, et la masse utérine elle-même, bien que réduite, descend très bas vers l'orifice vulvaire. Le fond de l'utérus, qui paraît globuleux, remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Les suites opératoires furent simples.

Pour prévenir tout danger d'avortement, on a fait usage de piqûres de morphine à faible dose et fréquemment répétées, alternant avec des lavements laudanisés, puis de la teinture de viburnum à la dose de 40 gouttes par jour, en deux ou trois fois jusqu'au 15 juillet.

L'utérus, qui est en prolapsus accentué, est maintenu autant que possible ou plutôt soulevé par des tampons de gaze iodoformée.

26 juin. Le fond de l'utérus est distant du pubis de 14 centimètres.

20 juillet. La hauteur du fond de l'utérus est de 15 centimètres.

A la fin du mois, la malade se lève, se sent très à son aise, marche sans fatigue et n'éprouve aucune douleur.

10 août. La hauteur de l'utérus est de 15 centimètres et demi.

18 novembre : hauteur utérine, 28 centimètres. 20 décembre : hauteur utérine, 39 centimètres.

L'accouchement a lieu à terme le 1er janvier 1902, à 7 h. 20 du soir. Présentation D. P. Durée du travail : neuf heures. Terminaison spontanée. L'enfant était une grosse fille du poids de 4.000 grammes. Suites de couches normales ; involution utérine régulière et rapide.

Le 13 janvier 1902 : involution normale. Utérus en bonne attitude, mais abaissé.

Cystocèle marquée, périnée suffisant.

La malade subira la restauration plastique du vagin dans quelques semaines.

La cicatrice abdominale est parfaitement solide.

A propos de la rétroversion de l'utérus chez les femmes qui ont subi l'ablation des annexes, M. Doléris pense qu'elle peut être liée à la rétraction du pédicule des annexes enlevées.

M. Pinard. — M. Doléris attribue à la rétraction du pédicule des annexes enlevées un rôle important dans la bascule de l'utérus. Dans un grand nombre d'observations semblables, M. Pinard n'a pas noté de rétroversion. Il vient de voir une dame qui, depuis l'opération qu'elle a subie, a mené trois grossesses à terme.

M. Champetier de Ribes a aussi pu observer une femme à qui on a enlevé, il y a quatre ans, les annexes gauches ; elle a, depuis lors, mené à bien une grossesse avec un enfant énorme, qui s'est, il est vrai, présenté par l'épaule.

M. Pozzi ne croit pas que le plissement du bord supérieur du ligament large puisse causer la rétroversion. C'est plutôt le contraire qui doit arriver ; quand on suture le ligament large, l'utérus se redresse par là même, et l'hystéropexie se fait pour ainsi dire toute seule. Donc, le fait intéressant dont parle M. Doléris doit être considéré comme une exception.

M. Pierre Delbet. — L'effet de l'ablation des annexes sur la position de l'utérus diffère beaucoup suivant la manière dont l'opération est pratiquée.

Lorsqu'on opère à l'ancienne mode, lorsqu'on fait la ligature en masse des pédicules, l'utérus est fortement amené en avant par le froncement des ligaments larges.

Depuis bien des années, M. Delbet a abandonné cette manière de

faire pour lui substituer la ligature isolée des vaisseaux, suivie d'un surjet séro-séreux fermant la brèche faite au ligament large. Lorsqu'on la suit, l'ablation des annexes n'a aucune influence sur la situation de l'utérus.

Actuellement, lorsque les lésions commandent l'ablation bilatérale des annexes, M. Delbet enlève l'utérus avec elles. Mais lorsqu'il fait une ablation unilatérale, il fait toujours une hystéropexie.

L'hystéropexie bien faite n'a aucun inconvénient. Quelques-unes des opérées de M. Delbet ont accouché à terme et sans incident.

M. Hartmann fait aussi la ligature séparée des vaisseaux et un surjet sur le ligament large. La seule différence entre son procédé et celui de Delbet est que, au lieu de faire une hystéropexie, il plisse les ligaments ronds.

M. Doléris. — **Traitement chirurgical de la rétroversion de l'utérus gravide adhérent.** — Chez une femme atteinte de rétroversion de l'utérus gravide avec douleurs, anurie, constipation opiniâtre, chez qui les autres modes de traitement (décubitus dorsal, tentatives de réduction manuelle, introduction d'un ballon dans le rectum) avaient échoué, M. Doléris pratiqua la laparotomie et détruisit les adhérences situées au niveau du fond et de la face postérieure de l'utérus. Après quoi, il fit le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds dont il ne laissa que la portion juxta-utérine, seule solide et longue de 3 centimètres.

Cette hystéropexie ligamentaire laisse à l'utérus son entière liberté. L'opérée est actuellement au neuvième mois de sa grossesse, qui a évolué régulièrement.

M. Pinard voit avec plaisir que M. Doléris s'est rallié à l'intervention par la voie abdominale que Varnier et lui ont recommandée en 1887 (dans la *Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide*) (1), comme « permettant seule de se rendre compte *de visu* de l'obstacle à la réduction et de faire disparaître cet obstacle. Quand on a reconnu que la réduction de l'utérus est difficile ou impossible, la laparotomie est formellement indiquée.

Mais pourquoi, après avoir détruit les adhérences de l'utérus avec les parties voisines, et réduit cet utérus, M. Doléris a-t-il raccourci les ligaments ronds ?

---

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1887.

M. Doléris. — La grossesse ne guérit pas la rétrodéviation, même quand on applique un pessaire de suite après l'accouchement. Les adhérences détruites pourront peut-être se reconstituer, si on laisse en rapport des surfaces cruentées.

C'est surtout pour éviter le retour de la rétrodéviation, que M. Doléris a raccourci les ligaments ronds.

M. Pinard. — Dans aucune observation on n'a vu les adhérences postérieures se reproduire, à cause de la hauteur où l'utérus arrive immédiatement après sa réduction. M. Pinard croit que la rétrodéviation est guérie du fait de la grossesse, et il lui semble que l'on n'a rien à gagner à raccourcir les ligaments ronds.

M. Doléris. — La femme qui fait l'objet de l'observation est très grande, avec un énorme bassin qui facilite singulièrement les prolapsus et les déviations; l'utérus se serait probablement mal réduit, et en somme, l'opération principale étant faite, les adhérences libérées, cela n'était pas une grosse addition opératoire que de raccourcir les ligaments ronds, et, par ce moyen, d'assurer la persistance définitive de l'attitude normale de l'utérus; car on n'ignore pas qu'une fois l'accouchement effectué, la rétrodéviation est susceptible de se reproduire.

MM. Champetier de Ribes et Const. Daniel. — **Occlusion intestinale apparue au début du travail. Perforation intestinale. Péritonite. Mort. Autopsie.** — Il s'agit d'une femme de 31 ans. VIpare, 3 accouchements à terme, un avortement de 4 mois.

En 1897, M. Championnière l'opère pour une *grossesse tubaire gauche.* Il pratique l'ablation de la trompe et de l'ovaire gauche.

Ses dernières règles datent du 9 au 15 août 1900. M. Championnière, qui voit la malade pendant cette dernière grossesse, ne constate aucune complication, sauf quelques douleurs au début; il lui conseilla d'entrer à l'hôpital quelques jours avant son terme. Elle suivit ce conseil et entra à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, au terme de huit mois et demi environ, le 10 mai 1901. A son arrivée on constate une présentation du sommet, engagé en OIGA. Hauteur utérine, 30 centimètres. Bassin normal. Bruits du cœur fœtal bons. Urines normales. Température, 36° 9. Pouls, 80.

Depuis son entrée dans le service jusqu'au moment de l'accouchement, la malade ne présente rien de particulier. Aucune douleur abdominale. Pas de vomissements. Les garde-robes sont normales et régulières,

Elle entre en travail le 20 mai, à 8 heures du matin. Une heure après le début du travail, la malade se plaint d'une douleur abdominale violente et subite, siégeant à gauche ; cette douleur persiste pendant tout le travail, augmentant d'intensité pendant l'expulsion du fœtus.

La période d'expulsion dure quinze minutes ; le fœtus est expulsé spontanément à 5 h. 15 du soir.

La délivrance a lieu à 6 h. 10 du soir. Extraction simple, sans aucune complication. Poids du placenta, 350 grammes. L'enfant, vivant, pèse 2.870 grammes.

Après l'accouchement, la douleur persiste aussi intense. La température du soir est 38°, le pouls 120.

L'état général s'aggrave les jours suivants : phénomènes péritonéaux; constipation que rien ne peut vaincre (purgatifs, lavements); empâtement profond dans la région péri-ombilicale gauche; accélération du pouls 120-130 sans élévation de la température au-dessus de 38°,2. Mort le 25 mai.

A l'autopsie, on trouva : une anse du côlon pelvien gangrénée distendue par les matières et perforée; cette anse était coudée sur une bride péritonéale utéro-colique solide longue de 5 à 6 centimètres, du volume d'une grosse plume d'oie; — de nombreuses adhérences utéro-coliques ; — un abcès pelvien enkysté.

Le diagnostic porté avait été celui de péritonite. Dans un cas semblable d'accidents péritonéaux survenant pendant le travail chez une femme ayant des antécédents génitaux, ayant été laparotomisée préalablement, les auteurs pensent qu'il faudrait attendre la terminaison de l'accouchement et pratiquer immédiatement après la laparotomie.

M. LEPAGE. — Le diagnostic de l'occlusion intestinale pendant la grossesse est souvent délicat. L'intestin pendant la puerpéralité est facilement paresseux. Aussi l'abus de l'opium prescrit par voie rectale ou en injection hypodermique dans le but de calmer les phénomènes douloureux amène-t-il souvent des accidents de parésie intestinale qui peuvent être inquiétants.

M. Lepage rapporte plusieurs observations de ce genre. Dans l'une, les signes inquiétants (météorisme très marqué, langue sèche, vomissements, pouls à 120, douleurs abdominales, facies grippé) ont cessé dès que l'utérus a été vidé de son contenu (fœtus de 1.500 grammes) et après l'administration d'un grand lavement glycériné.

Dans une autre, les phénomènes furent asse sérieux pour nécessiter une consultation de M. Richelot.

Dans un troisième enfin, pendant le *post partum*, M. Lepage eut à lutter contre une constipation de huit jours avec phénomènes d'occlusion intestinale et douleurs dans la fosse iliaque droite.

BIBLIOGRAPHIE

Le cancer du sein. Étude clinique statistique, par A. Le Dentu (J.-B. Baillière, 1902). — Dans ce travail, Le Dentu publie tous les cas de cancer du sein qu'il a eu occasion d'opérer dans sa clientèle privée dans une période de 29 ans, de 1872 à 1901. Toutes les malades ont pu être suivies et de ce fait la statistique personnelle intégrale de l'auteur prend un grand intérêt. Malheureusement, les chiffres bruts des survies ou des récidives ne peuvent pas être pris en bloc, car les cas opérés par les procédés économiques de la période préantiseptique ne peuvent être mis en parallèle avec les cas opérés par les méthodes modernes avec curage de l'aisselle. Néanmoins, ce travail constitue un document important pour l'étude du traitement chirurgical du cancer du sein.

P. Lecène.

Beiträge zur patholog:schen Anatomie der graviden Tube. A. Petersen. (Berlin, Karger, 1902.) — Dans ce travail, dont les éléments ont déjà servi à l'auteur pour sa thèse parue en danois à Copenhague, en 1900, Petersen étudie deux points de l'anatomie pathologique de la trompe où se développe une grossesse ectopique.

Dans la première partie, il examine la *signification de la salpin gite* dans la pathogénie de la grossesse tubaire. D'après ses examens portant sur 14 cas, il conclut fermement à l'influence de la *salpingite préalable* sur l'apparition de la grossesse ectopique; dans 2 cas seulement, la muqueuse tubaire était saine, mais il y avait des coudures très brusques de la trompe, déjà signalées par Freund.

Dans la seconde partie du mémoire, consacrée à l'étude du développement de l'œuf dans la trompe, Petersen confirme absolument l'opinion soutenue déjà par Peters et von Sper que l'œuf humain

fécondé, dans la trompe, comme dans l'utérus, se greffe dans la muqueuse, en pénétrant à travers l'épithélium jusqu'à la membrane basale. Pour ce qui est de la présence dans la trompe d'une caduque réfléchie, des réactions déciduales de voisinage et de l'état de la trompe au point où s'est greffé l'œuf, *Petersen* confirme également en les complétant les idées de Peters. P. L.

Experimentelle ünd kritische Beiträge zur Handedesinfectionsfrage, von R. Schœfer. (Berlin, Karger, 1902). — Dans ce travail basé sur un grand nombre d'observations bactériologiques et d'expériences personnelles, et comprenant en même temps la critique des différentes publications parues depuis quelques années, Schœfer étudie la question de la désinfection des mains. Il conclut en disant que les antiseptiques ne peuvent jamais arriver à désinfecter les mains ; il conseille le lavage et brossage soigné des mains au savon stérile et à l'eau chaude, puis leur décapage prolongé dans de l'*alcool;* cette dernière opération doit durer au moins *trois minutes* et mieux *cinq minutes*, pour être efficace. Elle permet d'atteindre, sinon la stérilisation absolue des mains, au sens bactériologique, du moins leur innocuité pour les plaies opératoires ou gynécologiques. Pour la question des gants, l'auteur croit que lorsque l'on sera arrivé à faire des gants qui *n'altéreront en rien le tact ni l'adresse de l'opérateur*, il sera très indiqué de s'en servir en chirurgie; mais, comme le but n'est pas encore réalisé, il reste encore préférable d'opérer avec des mains nues suffisamment désinfectées. P. L.

Il prossimo Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia, par L. Pestalozza. (*Annali di ostetr.*, juillet 1901.) — Dans ce court opuscule, Pestalozza retrace l'histoire des différends qui s'élevèrent à la fin du Congrès international de gynécologie de 1900, entre les membres allemands et italiens à propos du siège du prochain Congrès. Il se félicite de ce que l'on ait fini par s'entendre en le plaçant en Italie, dans une ville d'ailleurs encore inconnue, et il termine en disant que l'Italie saura se rendre digne de l'honneur qu'on lui a fait. P. L.

Lehrbüch der Gynækologie, von M. Runge, (Berlin, J. Springer, 1901.) — Le livre de Rünge constitue un bon ouvrage didactique, au courant des derniers progrès de la pathologie et de la médecine

opératoire gynécologiques. Les questions y sont exposées d'une façon claire et suffisamment complète ; nous ne reprocherons à cet ouvrage, qui est surtout destiné aux praticiens et aux étudiants, de n'avoir qu'un nombre trop restreint de figures (90 pour plus de 450 pages) ; à part ce léger défaut, le livre est fort bien édité et d'une lecture agréable. P. L.

Chirurgie des annexes de l'utérus, par J.-L. FAURE (Paris, O. Doin, 1902.). — Ce livre fait le plus grand honneur à l'auteur et à l'éditeur ; c'est un exposé très complet et très personnel de la pathologie et du traitement chirurgical des affections des annexes de l'utérus ; les figures excellentes et fort nombreuses (220 pour 450 pages) en rendent la lecture facile et agréable. P. L.

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu par le professeur S. DUPLAY, troisième série, Masson, éditeur. — Comme dans ses leçons antérieurement publiées, M. Duplay, à propos d'un malade, retrace l'histoire de l'affection qu'il porte, faisant un exposé complet des symptômes présentés, discutant le diagnostic et posant les règles du traitement. Nous retrouvons dans ce volume les qualités de clarté, de concision, de bon sens qui ont fait le succès des volumes précédents. Un certain nombre des questions traitées intéressent le gynécologue et le chirurgien abdominal. Nous citerons entre autres le traitement de la péritonite tuberculeuse, celui des fistules vésico-intestinales, des déchirures complètes du périnée, enfin une description complète de l'uréthrocèle vaginale que le professeur Duplay a été le premier à bien étudier il y a déjà nombre d'années.

L'appendicite dans ses rapports avec les maladies des organes sexuels de la femme (Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen, der weiblichen Sexualorgane) par ERNEST FRAENKEL, *Sammlung klinischen Vorträge*, n° 323, Breitkopf et Härtel, Leipzig, 1901. — Dans cette monographie, Fraenkel étudie non seulement les rapports de l'appendicite avec les annexites, les tumeurs ovariennes et les rétro-déviations, mais aussi avec le rein mobile si fréquent chez la femme. Les lésions anatomiques, les symptômes, le diagnostic, le traitement sont successivement étudiés. Un index bibliographique assez étendu termine ce travail.

Hygiène de l'âge de retour, par A. CASTAN (Paris, J.-B. Bail-

lière, 1901). — Le but du Dr Castan est de permettre de prévenir les maux qui guettent la femme à l'âge de retour et de les guérir ou d'en enrayer les progrès lorsqu'ils se sont déclarés.

L'auteur étudie successivement :

La ménopause normale : conditions influant sur la ménopause. Hygiène générale, hygiène de l'habitation, aération et aérothérapie, régime alimentaire, exercices physiques ; relations conjugales ; vêtement et corset ; soins intimes de la toilette, injections, lavements, purgations, bains, hydrothérapie, massage, cures thermales. Hygiène de la beauté : peau, cheveux, seins, dents et bouche ; obésité. Hygiène morale. *La ménopause pathologique :* trouble des appareils génital, urinaire, circulatoire, respiratoire, digestif, du système nerveux, de la peau, hémorragies. Opothérapie. *La ménopause opératoire :* troubles consécutifs à la castration.

Aide-mémoire de gynécologie, par Paul Lefert (J.-B. Baillière, Paris, 1901). — Manuel renfermant, sous une forme extrêmement concise, les principales notions de gynécologie indispensables au praticien.

Précis de gynécologie pratique, par C. Fournier (Paris, J.-B. Baillière, 1901). — Résumé de la gynécologie, écrit surtout pour les étudiants et les praticiens. Le côté pratique des questions y est particulièrement envisagé. Le texte est éclairé par 115 figures.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris Tours, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

LES KYSTES HYDATIQUES DU BASSIN ET DE L'ABDOMEN

AU POINT DE VUE DE LA DYSTOCIE

Par **J. Frasta** (de Prague),
Ancien chef de la clinique obstétricale et gynécologique
du professeur **Pawlik.**

I

La première observation de dystocie causée par les kystes hydatiques a été publiée par Meyer (1), en 1794 ; on l'attribue très souvent à Puchelt (2), qui la cite seulement dans son livre.

Vinrent ensuite les observations de Park (1811) et de Roux (1828), citées déjà par Charcot (3) dans son important mémoire.

Charcot fit remarquer le premier que les kystes hydatiques peuvent mettre obstacle à l'accouchement et s'occupa aussi, en peu de mots, du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques pendant l'accouchement.

Dans l'ouvrage classique de Davaine (4), on trouve cités les faits de Park (obs. 162e), de Blot (obs. 163e) et de Roux (obs. 164e), avec une courte mention de la dystocie causée par les kystes hydatiques.

(1) Beobachtung von einem Kaiserschnitt. *Museum der Heilkunde*, Zurich, 1794, vol. II, p. 211.

(2) *De tumoribus in pelvi partum impedientibus Commentatio*, Heidelberg, 1840, obs. XIV.

(3) Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. (Lu à la *Société de biologie*). *Gazette méd. de Paris*, 1852, vol. VII, nos 35, 40, 41.

(4) *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, 2e éd., Paris, 1877 (1re éd., 1859).

En 1876, P. Gebhardt (1) publia un cas observé à la clinique de Pernice ; il cite les cas de Puchelt (*rectè* Meyer), Birnbaum et Sadler.

Le premier mémoire sur les kystes hydatiques du bassin au point de vue de la dystocie a été publié par Wiener (2), en 1877. S'appuyant sur 7 observations (Park, Roux, Blot, Puchelt, Birnbaum, Sadler et sur son observation personnelle), il s'occupe avec assez de détail de ce sujet, ainsi que du diagnostic et du traitement pendant l'accouchement.

Au mémoire de Wiener, Hausmann (3) joint les cas de Pauls, Finsen et Küchenmeister.

En 1879, Stadfeldt (4) relate deux observations : de Späth et de Pintor Pasella, ne s'occupant pas des kystes hydatiques du petit bassin d'une façon spéciale (cité d'après Porak).

F. Winckel (5), en 1881, décrit le fait observé avec Küchenmeister et publié déjà auparavant par Küchenmeister (6) et aussi par Birch-Hirschfeld (7) ; il y ajoute les cas cités par Wiener.

Un mémoire très important et remarquable fut publié par Porak (8), en 1884. Ce mémoire est la base de la plupart des travaux publiés depuis sur ce sujet. Porak a recueilli 16 cas de kystes hydatiques mettant obstacle à l'accouchement : 2 nouveaux (Porak, Doléris), 7 cités par Wiener, 3 cités par Hausmann, 2 cités par Stadfeldt et les cas de Guéniot et de Bril. Il en étudie avec beaucoup de soin la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

---

(1) *Ueber einen Fall von Echinococcensack als Geburtshinderniss.* Inaugural-Dissert. Greifswald, 1876.

(2) Ueber Echinococcusgeschwulste der Beckens als Geburtshinderniss. *Archiv für Gynækol.*, 1877, vol. XI, p. 572.

(3) *Archiv für Gynækol.*, 1877, vol. XII, p. 163.

(4) Labour obstructed by pelvic tumours. *The obstetrical journal of Great Britain and Ireland*, 1879.

(5) *Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane* 1881, p. 194 (tab. XXIX).

(6) *Die Parasiten des Menschen*, Leipzig 2e éd., p. 213.

(7) *Lehrbuch der pathol. Anatomie*, Leipzig, 1877, p. 1156.

(8) Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie. *Gazette hebdomad. de méd.*, 1884, nos 9, 10, 11, 13.

En 1885, W.-A. Freund (1), à qui nous devons l'étude la plus parfaite sur les kystes hydatiques du petit bassin chez la femme au point de vue anatomique et clinique, communiqua 2 observations personnelles et une de Schröder, qui concernent notre question ; mais il ne s'en occupe pas au point de vue de la dystocie. Il en fit la communication en 1879 au LII[e] Congrès des naturalistes et médecins allemands à Baden-Baden.

Fr. Schatz (2), en 1885, publia un mémoire sur les kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme et y inséra une observation de dystocie causée, probablement, par un kyste hydatique. Il ne s'occupe pas du point de vue obstétrical.

En 1887, Pinard (3) a observé un fait très intéressant où l'accouchement a été compliqué par les kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale et pelvienne.

Péan et Secheyron (4), en 1887, publièrent une étude sur les kystes hydatiques de l'utérus ; ils citent les cas de Bril, Küchenmeister, Ginnbourg, Puchelt (*rectè* Meyer), Sadler, Wiener et Pinard et s'occupent avec assez de détails de l'importance et du traitement des kystes hydatiques de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement.

Meier Sonntag (5), en 1889, dans sa thèse sur les kystes hydatiques du bassin chez la femme, a recueilli (dans un tableau) 15 observations de dystocie causée par ces kystes sans rien faire remarquer de nouveau sur ce point.

Dans le grand ouvrage de Péan (6) (1895) sur les tumeurs de l'abdomen et du bassin on trouve un tableau « des obser-

---

(1) *Gynækologische Klinik*, Strasbourg, 1885, p. 299-326 et p. 366-368.

(2) Voir O. Madelung, *Beiträge Mecklenburgischer Aerzte zur Lehre von der Echinoccen-Krankheit*, Stuttgart, 1885, p. 161-196.

(3) *Journal des sages-femmes*, 1887. Voir aussi : *Annales de gynécol.*, 1888, I, p 271.

(4) *Archives de tocologie*, 1887, vol. XIV, p. 985 et 1025.

(5) *Ueber Echinococcus im weiblichen Becken*. Inaug. Dissert., Halle-a-S., 1889.

(6) *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, t. II, p. 1228-30, Paris, 1895.

vations d'ostéocystome » (?), c'est-à-dire 12 observations de kystes hydatiques qui étaient la cause de dystocie (Puchelt, Park, Blot, Roux, Pintor Pasella, Späth, Birnbaum, Pauls, Küchenmeister, Sadler, Wiener, Bril).

Dans la thèse de Larre (1) (1895) nous trouvons un chapitre consacré aux kystes hydatiques des os du bassin pendant la grossesse et l'accouchement.

Larre y pose des conclusions basées sur l'étude des deux seuls cas qu'il connut de cette affection bien rare (Pintor Pasella, Chavannaz).

J. Le Nadan (2) étudie, en 1896, avec détail, dans un chapitre spécial, les rapports des kystes hydatiques de l'ovaire avec la grossesse et l'accouchement ; il en connaît deux cas (Pinard, Demons).

J.-A. Doléris (3) (1896) fait une courte mention de la dystocie causée par les kystes hydatiques du bassin et communique une observation de Laurens ; il n'est pas certain que cette tumeur fût un kyste hydatique.

Dans la thèse de Benoit (4) (1897), on trouve un résumé du mémoire de Porak.

Dans les anciens traités d'accouchements, Mauriceau (éd. 1709), Smellie (1754), Carus (1829), Kilian (1835), Busch (1842), C. Credé (1853), Siebold (1854), Chiari-Braun-Späth (1855), Scanzoni (1857), C.-R. Braun (1857), Nægele-Grenser (1859), nous n'avons pu trouver aucune mention de la dystocie causée par les kystes hydatiques. Il en est presque de même, d'après Porak, dans les ouvrages de M[me] Lachapelle et de A. Dugès.

D'après P. Cazeaux, « dans un seul cas rapporté par Ed. Meier, l'accouchement fut rendu impossible par un kyste

(1) *Étude sur le kyste hydatique des os du bassin*. Thèse de Bordeaux, 1895.

(2) *Étude sur les kystes hydatiques de l'ovaire.*

(3) Kystes hydatiques du bassin chez la femme. Salpingite double à échinocoques. *La Gynécologie*, 1896, vol. I, p. 97.

(4) *Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme*. Thèse de Paris, 1897.

du volume de la tête d'un enfant, situé entre l'utérus et la vessie » (1). Cazeaux ne donne pas des renseignements bibliographiques et on ne peut savoir s'il s'agissait d'un kyste hydatique.

Dans les traités modernes, on n'en fait, en général, qu'une mention très brève. Quelques auteurs cependant s'en occupent avec assez de détail.

F. v. Winckel (2) cite, dans un chapitre spécial, 12 observations (Davaine (?), Blot, Roux, Puchelt, Finsen, Park, Pauls, Birnbaum, Sadler, Wiener, Küchenmeister-Winckel, Pinard). Il ne connaît pas le mémoire de Porak bien qu'il eût paru en 1884.

Dans le traité de A. Charpentier, nous trouvons un résumé du mémoire de Porak.

J.-P. Lazarevitch (3) s'occupe de kystes hydatiques de l'utérus autour de l'utérus et joint aux cas cités par Wiener Winckel son cas personnel (1881), déjà publié par Bril.

P. Budin (4) se base sur le mémoire de Porak et cite les cas de Pinard et Fissier-Desfosses.

Nous avons pensé trouver plus de renseignements dans les publications provenant des pays où l'échinocoque est très fréquent.

A.-P. Schleisner (5), J. Hjaltalin (6), Jón Finsen (7), H. Krabbe (8)

---

(1) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, Paris, 1850, p. 654.

(2) *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 2e éd., 1893, p. 507 (1re éd., 1888).

(3) *Traité des accouchements* (en russe), t. II p. 153, 1892 (2e éd.).

(4) Tarnier-Budin, *Traité de l'art des accouchements*, t. III, 1898, p. 492.

(5) *a*) *Forsög til en Nosografi af Island*, Kjöbenhaon, 1849.

b) *Island, undersogt fra et laegevidenskabeligt Synspunct*, 1849, Kjobenhavn.

(6) The gynaekology of Iceland. *The Journal of the gynaekological Society of Boston*, vol. IV, 1871, p. 163.

(7) Les échinocoques en Islande. *Archives génér. de méd.*, 1869, janv.

(8) *a*) *Recherches helminthologiques en Danemark et en Islande*, Copenhague, 1866.

b) Die isländischen Echinococcen. *Virchow's Archiv für pathol. Anatomie*, vol. XXVII, p. 233.

et Jónas Jónassen (1), qui ont étudié cette maladie en *Islande*, ne font presque aucune mention de la dystocie causée par les kystes hydatiques. Jónassen (1898) a eu la complaisance de m'écrire :

« Depuis l'année 1882, nous n'avons rien écrit sur l'échinocoque, ni moi-même, ni aucun de mes confrères. »

Dans le travail collectif des médecins de Mecklenbourg sur l'échinocoque rédigé par O. Madelung, on ne trouve qu'une mention qui concerne notre sujet (voir Schatz).

D'après Pericic et Lalic (2), Ivo Marcelic (3) et Posselt (4), l'échinocoque est très fréquent en *Dalmatie* ; mais, dans leurs publications, rien n'est noté sur la dystocie causée par les kystes hydatiques.

John-Davies Thomas (5) et aussi James Guaham (6) on publié de remarquables travaux sur l'échinocoque en *Australie* ; on n'y trouve aucune remarque de cette cause de dystocie. Quelques observations sont publiées dans les journaux médicaux australiens.

Herrera Vegas et Daniel J. Cranwell (7) ont réuni 970 cas de kystes hydatiques observés dans la *République Argentine* de 1875 à 1900. Aucun de ces cas ne concerne la dystocie produite par ces kystes.

Dans la littérature *russe*, riche en travaux importants sur les kystes hydatiques, nous n'avons trouvé que quelques observations disséminées dans les journaux.

---

(1) *Ekinokoksygdommen, belyst ved islandske laegers erfaring*, Kjobenhavn, 1882.

(2) Beitrag zur Kenntniss der Echinococcen-Krankheit des Menschen, *Wiener medic. Presse*, 1897, n° 30-32.

(3) *Liecnicki viestnik*, t. XXI, 1890, p. 142 (croat.).

(4) *Die geographische Verbreitung des Blasenwurmleidens, etc.*, Sutttgart, 1900, p. 318.

(5) *Hydatid disease with special reference to its prevalence in Australia*, vol. I, Adelaide, 1884; vol. II, Sydney-London, 1894.

(6) *Hydatid disease in its clinical aspects*. Edinburgh-London, 1891.

(7) *a*) *Los quistes hidatidicos en la republica Argentina*, Buenos-Aires, 1901.

b) *Revue de chirurgie*, avril 1901.

Après avoir rédigé notre travail, nous venons de recevoir le dernier numéro du *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, contenant une étude approfondie sur la dystocie causée par les kystes hydatiques du bassin. Les auteurs, Paul Bar et Dambrin, y communiquent deux nouvelles observations et étudient avec détail la pathogénie et le siège des kystes hydatiques dans le bassin et leur complication avec la grossesse et l'accouchement. Dans le tableau joint à ce mémoire, ils ont réuni 29 cas, « dans lesquels on a eu à compter avec la présence de kystes hydatiques soit au cours de la grossesse, soit au cours de l'accouchement ».

Après la déduction de l'observation de Blot que nous avons rangée parmi les observations vraisemblables et des cas de Thornton, Rein et Perchin, qui ont été opérés pendant la grossesse, nous ne comptons, en effet, que 25 cas de kystes hydatiques compliquant l'accouchement (y compris le cas de Bar).

Obs. I. — Meyer, *Museum der Heilkunde* ; herausgeg. von der helvetischen Gesellsch. correspond. Aerzte u. Vunderzte, Zurich, 1794, vol. II, p. 211.

Ipare, 31 ans.

Siège et volume du kyste : Un kyste, situé entre le vagin, l'utérus et le rectum, remplissait l'excavation. A l'autopsie, encore 4 kystes dans la cavité abd. et pelv. Tous les kystes pesaient 12 lb.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. *Opération césarienne* après cinq jours de travail.

Résultat : Pour la mère, mort 42 heures après ; pour l'enfant, vivant, très bien développé.

Remarque : La femme était sûrement infectée avant l'opération.

Obs. II. — H. Park, *Medico-chirurgical Transactions*, vol. II (3e édition, 1817), p. 298. Lu 18 janvier 1811.

VIpare.

Accouchements antérieurs : 1er très difficile, d'une longue durée,

spontané. Enfant vivant. L'excavation occupée presque totalement par une tumeur; 2e, 5e accouchements prématurés, spontanés, chaque fois jumeaux (du 4e au 7e mois).

Siège et volume du kyste: Un kyste dans la cloison recto-vaginale; remplit presque totalement l'excavation.

Présentation et position: Extrémité céphalique.

Accouchement actuel: Spontané. Travail pénible, d'une longue durée. La tête ne peut s'engager. Après l'*incision* et évacuation du kyste, l'accouchement se termine sans difficultés.

Kyste pendant accouchement: Incision par la voie vaginale. Liquide séro-sanguinolent avec des fragments de la vésicule mère.

Suites de couches: Fièvre pendant *trois semaines*, douleurs lombaires, faiblesse. L'écoulement très fétide, abondant.

Résultats: Pour la mère, rétablissement au bout de 11 semaines.

Remarque: Oblitération du kyste, a été suivie par une stricture cicatricielle. C'est pourquoi le 7e accouchement était très difficile, mais spontané. Le 8e accouchement était prématuré, au 8e mois. Présentation de l'épaule. Version. La main introduite sentait bien nettement le rétrécissement qui n'était pas sûrement formé par l'orifice interne.

Obs. III. — Roux, *la Clinique des hôpitaux et de la ville de Paris*, 1828, 5 avril.

30 ans.

Accouchements antérieurs: Spontanés.

Siège et volume du kyste: Le tissu cellulaire du bassin du côté gauche du vagin.

Accouchement actuel: Difficile, d'une longue durée.

Résultats: Pour la mère, rétablissement.

Remarque: Opérée ultérieurement avec succès.

Obs. IV. — Pauls, *Preüssische Medicinal-Zeitung*, 1861, N. J., IV, p. 221.

IIpare, 25 ans.

Accouchements antérieurs: 1er application de forceps très difficile. Garçon vivant, pesant 11 lb; 2e spontané, fille bien développée.

Siège et volume du kyste: Dans la cloison recto-vaginale, un kyste du volume d'un poing.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : La tête descend jusqu'au détroit inférieur; dégagement impossible. Tentatives d'application de *forceps* pendant 1 heure et demie. Après l'ablation du kyste, l'extraction de l'enfant n'offrit plus de difficultés.

Kyste pendant accouchement : Expulsion du kyste par une déchirure dans la paroi postérieure du vagin, faite avec l'ongle pendant une traction. On coupa le pédicule du kyste entre deux ligatures.

Suites de couches : Normales.

Résultats : pour la mère, guérison ; pour l'enfant, mort, une fille très bien développée.

Remarque : Les accouchements ultérieurs étaient spontanés.

OBS. V. — SPATH, *Aerzt. Bericht des k.k. Gebärland findelhauses zu Wien*, 1864, p. 29.

Ipare, 23 ans.

Siège et volume du kyste : Le tissu cellulaire du côté droit et postérieur de l'excavation. Le kyste remplit la moitié supérieure du petit bassin.

Présentation et position : Sommet.

Accouchement actuel : spontané : Après la ponction du kyste.

Kyste pendant l'accouchement : Ponctionné par le vagin. Liquide purulent. Vésicules filles.

Suites de couches : Bonnes. Le 3e jour, sortie de trois vésicules filles par le vagin.

Résultats : Pour la mère, guérison ; pour l'enfant, vivant, à terme.

OBS. VI. — BIRNBAUM, *Monatschrift für Geburtskunde u. Frauenkrankheiten*, 1864, t. XXIV, p. 428.

IIIpare, 42 ans.

Siège et volume du kyste : Un kyste du volume d'une tête de fœtus dans l'excavation pelvienne. Du côté droit et gauche de l'utérus, kyste du volume d'une orange. Un kyste, plus petit, sous l'ombilic.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : opératoire. Après la ponction du kyste, extraction avec le grand *forceps* de Kilian, dans la narcose. Extraction manuelle du placenta.

Kyste pendant l'accouchement : Tentatives de reposition sans succès. Ponction du kyste (2 fois) 29 heures après le début du travail. Liquide séro-sanguinolent.

Suites de couches : Fièvre ; douleurs. Strangurie. Le 15e jour, expulsion de la vésicule mère par l'urèthre ; les jours suivants expulsion de vésicules filles (plus de 40).

Résultats : Pour la mère, rétablissement lent ; pour l'enfant, mort bientôt après la naissance, 5 1/2 lb.

Obs. VII. — M. Thomas Sadler, *The medical Times and Gazette*, 1864, vol. II, p. 141.

Ipare, 21 ans.

Siège et volume du kyste : L'excavation occupée par une tumeur très dure (diagnostic : l'*exostose du sacrum*). A l'autopsie, on trouve un kyste énorme dans la région du foie descendant dans l'excavation.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : opératoire : *Opération césarienne* 8 jours après le début du travail.

Résultats : Pour la mère, mort au bout de 2 jours ; pour l'enfant, mort, bien développé.

Remarque : La femme était sûrement infectée déjà avant l'opération.

Obs. VIII. — Guéniot, *Bulletin général de thérap. méd.-chir.*, 1866, t. LXXI, p. 358.

IIIpare, 27 ans.

Accouchements antérieurs : 1er avant terme, au 7e mois ; 2e à terme, spontané, facile.

Siège et volume du kyste : Dans la cloison recto-vaginale, une tumeur plus grosse qu'un poing.

Présentation et position : OIGA.

Accouchement actuel : opératoire : Application de *forceps* 40 heures après le début du travail, 14 heures après la ponction du kyste. La femme fut chloroformisée. Les épaules furent arrêtées par la tumeur et nécessitèrent, pour leur dégagement, quelques tractions énergiques.

Kyste pendant l'accouchement : Ponctionné par le vagin (2 fois). La tumeur n'avait diminué que d'environ le tiers de son volume.

Suites de couches : Normales.

Résultats : Pour la mère, guérison ; pour l'enfant, garçon vivant bien développé.

Remarque : Le kyste contenait des vésicules filles.

Obs. IX. — *Jon Finsen* : Voir : H. Krabbe, *Virchow's Archiv für pathol. Anat.*, vol. XXVII, p. 233.

Kyste pendant l'accouchement : Aussitôt après l'accouchement, le kyste se rompit dans le vagin.

Obs. X. — G. Pintor Pasella, *Storia di un caso singolare di distocia per vasto tumore del bacino prodotto dal tænia echinococcus* ; Cagliari, 1874, Tipografia, A. Timon.

Ipare, 24 ans.

Siège et volume du kyste : Kystes hydatiques multiples de la moitié gauche du bassin osseux et des parties molles environnantes.

Présentation et position : OIGA.

Accouchement actuel : Opératoire. Tentatives d'application de *forceps* ; *craniotomie* et application de forceps, du crochet aigu de Manca sans succès.

Résultats : Pour la mère, succombe sans être délivrée, 62 heures après le début du travail ; pour l'enfant, mort, à terme.

Remarque (avec 2 illustrations) : Toute la partie gauche du bassin osseux a été détruite par les kystes hydatiques.

Obs. XI. — Gebhardt, *Uber einen Fall von Echinococcensack als Geburtshinderniss.* Dissert. inaug., Greifswald, 1876, p. 24.

Ipare, 21 ans.

Siège et volume du kyste : Dans le cul-de-sac antérieur du vagin, un kyste plus volumineux que le poing.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. Application de *forceps* après éclatement spontané du kyste.

Kyste pendant l'accouchement : Éclata spontanément dans le vagin, 19 heures après le début du travail.

Suites de couches : Lochies fétides pendant plusieurs jours.

Résultats : Pour la mère, guérison.

Obs. XII. — Max Wiener, *Archiv für Gynækologie u. Geburtshilfe*, t. XI, p. 576, 1877.

Ipare, 26 ans.

Siège et volume du kyste : Kystes hydatiques multiples de la

cavité abdominale et pelvienne. Nombreux kystes, aussi du volume d'une tête de fœtus, tout autour de l'utérus.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. *Craniotomie* et extraction assez difficile à l'aide du cranioclaste après la ponction de kystes.

Kyste pendant l'accouchement : Un kyste ponctionné par la voie rectale, l'autre par la voie vaginale.

Suites de couches : Péritonite aiguë.

Résultats : Pour la mère, mort, le lendemain ; pour l'enfant, mort.

Remarque : *Rupture complète de l'utérus*, à gauche.

Obs. XIII. — Kuchenmeister-Winckel : Voir Kuchenmeister u. Zurn, *Die thierischen Parasiten*, p. 213, 2e édit. Leipzig.

VIIpare, 34 ans.

Accouchements antérieurs : 1er à l'âge de 23 ans. Dystocie produite par une tumeur pédiculée du foie et par une autre tumeur dans l'excavation pelvienne. *Forceps*. L'enfant vivant. Le même pendant le 2e-5e accouchement. Quelque temps après le 5e accouchement, le kyste du foie se rompit dans l'abdomen. 6e avortement.

Siège et volume du kyste : Kystes hydatiques multiples disséminés dans la cavité abdominale et pelvienne. A l'autopsie, on en trouve plus de 1.000.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. Travail lent. Tentatives d'application de *forceps* sans succès. Puis *version et extraction manuelle*.

Suites de couches : Fièvre.

Résultats : Pour la mère, mort le 4e jour ; pour l'enfant, mort, garçon.

Remarque : *Rupture complète de l'utérus*.

Obs. XIV. — Burke, Case of labour obstructed by an hydatid cyst in the vagina. *Australian medical Journal*, 1880, t. II, p. 42.

IIIpare, 31 ans.

Siège et volume du kyste : Un kyste dans le tissu cellulaire du bassin à gauche et en arrière du vagin, de 2" et demi de diamètre à la base.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. Le dégagement de la tête impossible. Application de *forceps* après la ponction du kyste.

Kyste pendant l'accouchement : Ponctionné *huit* fois. Liquide clair.

Résultats : Pour la mère, guérie ; pour l'enfant, vivant.

Remarque : Le kyste contenait probablement des hydatides filles.

Obs. XV. — Bril-Lazarevitch, *Vratch*, 1882, n° 10, et Lazarevitch, *Traité de l'accouchement* t. II, p. 154.

Ipare, 22 ans.

Siège et volume du kyste : Dans le cul-de-sac de Douglas, un kyste du volume d'un grand poing intimement uni avec la paroi postérieure de l'utérus.

Présentation et position : OIDP.

Accouchement actuel : Opératoire. Tentative d'application de *forceps*. *Craniotomie*, *cranioclasie* après 120 heures du travail.

Suites de couches : Ouverture du kyste dans l'*utérus* le 7e jour. Les jours suivants, expulsion de beaucoup de vésicules hydatiques ; le 19e jour expulsion de la vésicule mère.

Résultats : Pour la mère, rétablissement lent ; pour l'enfant, mort à terme.

Remarque : D'après Lazarevitch, les hydatides ont été évacuées aussi par le rectum.

Obs. XVI. — Halldorsson. Voir : Jonassen, *Ekinokoksygdommen*, 1882, p. 94.

Siège et volume du kyste : Entre l'utérus et le rectum.

Kyste pendant l'accouchement : Eclata spontanément dans le rectum.

Remarque : Les vésicules hydatiques sortaient du rectum pendant 2 mois.

Obs. XVII. — Ginzbourg, *Medicinskoie obozrenie*, t. XXI, 1884, p. 553, n° 6.

35 ans.

Siège et volume du kyste : Dans le segment inférieur de l'utérus, en arrière, un kyste du volume d'un poing. Kyste du foie ; un kyste du volume d'une tête de fœtus dans l'épiploon.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. Application de *forceps* de Lazarevitch 3 fois, sans succès. *Craniotomie*, extraction à l'aide de cranioclaste.

Suites de couches : Fièvre pendant 14 jours. Endométrite puerperale. Expulsion de vésicules hydatiques par la voie vaginale dans la 4[e] semaine.

Résultats : Pour la mère, rétablissement ; pour l'enfant, mort avant terme (8 mois et demi).

Remarque : Quelques mois après l'accouchement, expectoration des membranes hydatiques et des vésicules.

Obs. XVIII. — Porak, *Gazette hebdomadaire*, 1884, p. 137.

Ipare, 20 ans.

Siège et volume du kyste : Dans le tissu cellulaire du côté droit de l'excavation pelvienne un kyste hémisphérique, 5 centimètres de diamètre à la base, saillant de près 2 centimètres dans l'excavation.

Présentation et position : OIDA.

Accouchement actuel : Opératoire. Application de *forceps* après 27 heures du travail.

Kyste pendant l'accouchement : Se rompit pendant les tractions et le liquide s'épancha dans le tissu cellulaire de la grande lèvre droite.

Suites de couches : Bonnes. Le kyste était reconstitué.

Résultats : Pour la mère, quitta l'hôpital le 16[e] jour (21 mars), dans un état satisfaisant ; pour l'enfant, *poids* 6[liv],100.

Remarque : Avant fin d'avril opérée pour un abcès pelvien et de la grande lèvre droite. Au mois d'octobre, elle rendit par le rectum du sang, du pus et une membrane hydatique. Guérison.

Obs. XIX. — Doléris, in Porak, *Gazette hebdomadaire*, 1884, p. 138.

Ipare, 20 ans.

Siège et volume du kyste : Dans la paroi droite du vagin, un kyste du volume d'un œuf de poule.

Présentation et position : Sommet.

Accouchement actuel : Opératoire. Travail lent. Application de *forceps*.

Kyste pendant l'accouchement : Après l'application de forceps, le kyste éclata spontanément.

Suites de couches : Frissons, fièvre (39-40°). Lochies fétides pendant plusieurs jours.

Résultats : Pour la mère, rétablissement ; pour l'enfant, ranimé.

Obs. XX. — Rae William, *The australasian medical Gazette*, 1884, t. III, p. 81.

VIpare.

Accouchements antérieurs : Spontanés. Deux accouchements étaient difficiles.

Siège et volume du kyste : Dans la cloison recto-vaginale, deux kystes bien volumineux, l'un sur l'autre.

Présentation et position : Extrémité céphalique. Procidence du cordon.

Accouchement actuel : Opératoire. Extraction à l'aide du *forceps* après l'incision et évacuation des kystes.

Kyste pendant l'accouchement : Incision par le vagin. Le kyste inférieur contenait du liquide clair avec des vésicules filles, l'autre des matières athéromateuses (transformation du kyste hydatique).

Résultats : Pour la mère, guérison ; pour l'enfant, mort.

Obs. XXI. — Freund A.-W., *Gynækologische Klinik*, Strasbourg, 1885, t. I, p. 312, observ. XIII.

Vpare, 30 ans.

Siège et volume du kyste : Dans le tissu cellulaire du bassin, à gauche et en arrière, un kyste du volume d'un poing.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Spontané. Travail pénible. Après la ponction du kyste, l'accouchement spontané.

Kyste pendant l'accouchement : Ponction du kyste, évacuation d'un liquide clair.

Suites de couches : Fièvre ; le kyste suppura. Incision le 8e jour par le cul-de-sac postérieur du vagin. Évacuation du pus, des hydatides filles et des fragments de l'hydatide mère.

Résultats : Pour la mère, rétablissement bien lent.

Obs. XXII. — Freund-Hannuschke, *Ibidem*, p. 318, obs. XIX.

Vpare, 35 ans.

Accouchements antérieurs : Spontanés, faciles.

Siège et volume du kyste : L'os sacrum.

Accouchement actuel : Spontané. Bien pénible, d'une longue durée.

Résultats : Pour la mère, rétablissement partiel.

Remarque : Deux mois après l'accouchement, on trouva une

tumeur sur la face antérieure du sacrum, du volume d'une orange. La malade succomba quelques mois après. A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique qui a détruit la partie antérieure du sacrum.

OBS. XXIII. — PINARD, *Annales de gynécologie*, 1888, t. XXIX, p. 241.

Ipare, 21 ans.

Siège et volume du kyste : L'excavation obstruée à peu près totalement par un kyste. A l'autopsie, on l'a trouvé dans le ligament large droit. Un kyste dans le foie, 9 kystes dans l'épiploon.

Présentation et position : OIGA.

Accouchement actuel : Spontané. Poche des eaux rompue depuis 12 jours. Travail commencé depuis 2 jours. La tête ne peut s'engager. Une demi-heure après la ponction du kyste, accouchement spontané.

Kyste pendant l'accouchement : Ponctionné par la voie vaginale. Évacuation du liquide clair contenant des crochets.

Suites de couches : *Infection puerpérale.*

Résultats : Pour la mère, mort le 4e jour ; pour l'enfant, vivant, 2kg,800.

Remarque : Infectée déjà avant l'entrée dans la clinique.

OBS. XXIV. — DIECKMANN, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1889, n° 6, p. 124.

IVpare.

Accouchements antérieurs : 1er spontané ; 2e et 3e, version, extraction très difficile causée par un obstacle dans le vagin.

Siège et volume du kyste : Kyste du volume d'une tête de fœtus dans la paroi antérieure du vagin.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Spontané. Dilatation complète. La tête ne progresse pas. Une demi-heure après la ponction, accouchement spontané.

Kyste pendant l'accouchement : Ponctionné par le vagin. Liquide clair avec des vésicules.

Résultats : Pour l'enfant, garçon vivant.

OBS. XXV. — SCHMIDT OTTO, *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1891, p. 291.

IIpare, 23 ans.

Siège et volume du kyste : Un kyste rétro-péritonéal en arrière de l'S iliaque.

Accouchement actuel : Spontané. Très difficile, d'une longue durée.

Suites de couches : Fièvre. Douleurs. Ballonnement du ventre. Le kyste suppura. Laparotomie. Extirpation du kyste.

Résultats : Pour la mère, rétablissement ; pour l'enfant, mort.

Remarque : Pendant l'opération, on coupa l'uretère gauche en deux. 11 mois après, extirpation du rein gauche. Rétablissement.

OBS. XXVI. — CHAVANNAZ-LARRE, Congrès périod. de gynécol., d'obstétr., Bordeaux, 1895. *Mémoires et discussions*, p. 455. — LARRE, *Étude sur le kyste hydatique des os du bassin*. Thèse de Bordeaux, 1895, p. 121.

Vpare, 38 ans.

Accouchements antérieurs : 1er, spontané, l'enfant vivant; 2e, présentation par l'épaule. Version, extraction très difficile d'un enfant mort; 3e, présentation par le siège, mode décomplété. L'enfant fut retiré mort ; 4e, application de forceps. L'enfant mort.

Siège et volume du kyste : Kystes multiples de l'os coxal gauche et des parties molles environnantes.

Présentation et position : Par le siège, mode décomplété.

Accouchement actuel : Spontané.

Kyste pendant l'accouchement : Pouvait être comprimé par la tête communiquant avec une caverne centrale et, par son intermédiaire, avec d'autres poches extérieures.

Suites de couches : Vives douleurs dans la région inguinale et dans l'extrémité inférieure gauche.

Résultats : Pour la mère, rétablissement ; pour l'enfant, vivant. Peu développé.

Remarque : A l'âge de 41 ans, opérée pour des kystes hydatiques multiples de l'os coxal gauche et des tissus environnants. Rétablissement partiel.

OBS. XXVII. — DEMONS, *Mémoires et Discussions du Congrès périod. de gynécol., d'obstétr.*, Bordeaux, 1895, p. 81, et LE NADAN, *Étude sur les kystes hydatiques de l'ovaire*, Thèse de Bordeaux, 1896, p. 49.

IIIpare, 28 ans.

Accouchements antérieurs : 1er à l'âge de 22 ans. Rétroversion

de l'utérus gravide. Avortement provoqué à 4 mois et demi ; 2e à l'âge de 24 ans, spontané, très difficile. L'enfant mourut aussitôt après sa naissance.

Siège et volume du kyste : Kyste hydatique de l'ovaire droit, adhérent tout autour. Occupe la plus grande partie de l'excavation pelvienne.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. Application de *forceps* de Tarnier. Tractions pendant 20 minutes.

Suites de couches : Rien à noter.

Résultats : Pour la mère, guérison ; pour l'enfant, mort apparente, non ranimé, trop faible. Mort.

Remarque : Opérée depuis par Demons pour le kyste hydatique de l'ovaire droit, de l'épiploon et du mésentère. Guérison.

Obs. XXVIII. — Bonorden Max, *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*, 1897, t. VI, p. 513.

IIpare, 25 ans.

Accouchements antérieurs : 1er à l'âge de 21 ans. Procidence d'un bras. Application de forceps. L'enfant mort. Fistule vésico-vaginale guérie après trois opérations. Après la 3e opération, on trouva une tumeur du volume d'un poing et demi à gauche de l'utérus ; 2e à l'âge de 23 ans. Dystocie causée par cette tumeur. Accouchement spontané après la ponction de la tumeur.

Siège et volume du kyste : Dans le ligament large gauche (ou sur l'utérus, sous-séreux), un kyste plus volumineux que le poing.

Présentation et position : Sommet.

Accouchement actuel: Spontané. Travail commencé le 30 janvier 1897. Le 31, ponction et aspiration de la tumeur ; il s'écoule peu de liquide. Le travail cesse. Le 9 février, la poche des eaux se rompt. Travail lent. Le 11 février, à 11 heures le soir, ponction du kyste, évacuation de 50 grammes du liquide. 2 heures après, on ponctionne le kyste dans la narcose ; évacuation de 100 gr. de liquide trouble, séreux. Aussitôt après la tête progresse et l'accouchement se termine facilement. Tympanisme utérin.

Kyste pendant l'accouchement: Ponctionné trois fois par le vagin.

Suites de couches : Fièvre (39-40°,7), frissons pendant plusieurs jours. Le 5e jour, expulsion des vésicules hydatiques par l'utérus. Pyohémie. Paramétrite suppurée gauche.

Résultats : Pour la mère, rétablissement bien lent ; pour l'enfant, mort macéré, à terme.

Obs. XXIV. — Tissier et Desfosses, *Bulletin et Mémoires de la Société obstétr. et gynécol. de Paris*, 1897, p. 9, Séance du 14 janvier.

Ipare, 36 ans.

Siège et volume du kyste : Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale et pelvienne.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. Le travail commence le 25 décembre à 10 heures du soir. Le soir du 27, le travail cesse ; faiblesse, perte de sang continue. Dans le service, tentatives de *forceps* sans succès, puis *version* et *extraction* difficile. On constate une rupture de l'utérus.

Résultats : Pour la mère, mort bientôt après l'accouchement, avant qu'on ait pu faire la laparotomie ; pour l'enfant, mort, 3kg,100.

Remarque : Dissémination de l'échinocoque sur le péritoine après la rupture d'un kyste hydatique du foie.

Obs. XXX. — Roche, *Quelques localisations rares de l'échinocoque*, Lyon, 1897, p. 60.

Ipare, 34 ans.

Siège et volume du kyste : Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale et pelvienne.

Accouchement actuel : Spontané (d'après la lettre de M. le prof. *Queirel*).

Suites de couches : Pleuro-pneumonie. Péritonite purulente.

Résultats : Pour la mère, mort le 15e jour après l'accouchement ; pour l'enfant, mort apparente, non ranimé ; mort.

Remarque : A l'autopsie on trouve un litre de pus dans le péritoine, et fausses membranes nombreuses.

Obs. XXXI. — Gemmell John, *British medical Journal*, 1899, vol. II, p. 1603.

Ipare, 29 ans.

Siège et volume du kyste : Dans l'épiploon un kyste du volume d'une noix de coco ; sur la paroi postérieure de l'utérus, un kyste du volume d'une noix.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. La tête ne peut s'engager. Reposition du kyste, application de *forceps*.

Kyste pendant l'accouchement. Reposition du kyste dans la narcose.

Suites de couches : Normales.

Résultats : Pour la mère, guérison; pour l'enfant, arrivé à terme.

Remarque : Aussitôt après les suites de couches, laparotomie et extirpation de kystes. Guérison.

Obs. XXXII. — Paul Bar, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, t. III, 1900, p. 271, séance de 5-VII.

IIpare, 33 ans.

Accouchements antérieurs : Spontanés.

Siège et volume du kyste : Dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur remplissant l'excavation pelvienne.

Accouchement actuel : Opératoire. *Opération césarienne* avant le commencement du travail.

Suites de couches : Le 3e jour, ballonnement du ventre, arrêt des matières fécales et des gaz. Le 5e jour, laparotomie pour l'étranglement du cæcum par une double bride péritonéale partant du kyste.

Résultats : Pour la mère, mort le 5e jour ; pour l'enfant, vivant.

Remarque : La grossesse était au 8e mois.

Obs. XXXIII. — Franta, *Annales de gynécologie*, décembre 1900.

Xpare, 41 ans.

Accouchements antérieurs : 1er à l'âge de 24 ans, très difficile, spontané, durant 2 jours et demi. L'enfant en état de mort apparente. Ranimé; 2e-5e à l'âge de 26, 27, 29 et 30 ans, chaque fois très difficile, mais spontané. L'enfant vivant. 6e à l'âge de 32 ans, spontané, très difficile, durait 3 jours; l'enfant mort. Le médecin qui assistait à l'accouchement dit que le travail sera chaque fois très grave. 7e à l'âge de 34 ans. Application de forceps, l'enfant vivant. Le médecin trouve une tumeur et diagnostique un fibrome de l'utérus. 8e à l'âge de 38 ans. Avortement au 3e mois. Bientôt après, la tumeur augmentait rapidement de volume et suppura. 5 mois après, la femme fut opérée par M. le professeur *Pawlik* pour un kyste hydatique suppuré du ligament large gauche; 9e à l'âge de 39 ans, 5 mois après l'opération; avortement au 2e mois de la grossesse.

Siège et volume du kyste : Dans le cul-de-sac de Douglas, surtout à gauche, une série de petites tumeurs (11 environ) immobiles, du volume d'une noisette à une noix.

Présentation et position : OIDT.

Accouchement actuel : Opératoire. La poche des eaux rompue le 9 juillet, à 3 heures de nuit. Le 10, elle entre dans la clinique avec une température de 38°,5. Aucun rétrécissement du bassin osseux. Tête non engagée. Travail lent, pénible. A 8 heures le soir, température 39°,2. Liquide amniotique fétide, verdâtre; l'enfant mort. Dilatation incomplète. A 10 heures, dilatation complète. Dans la narcose, on *perfore* la tête. Extraction de la tête à l'aide du *cranioclaste* très difficile. Extraction des épaules et du tronc aussi bien pénible. Tympanisme utérin. Extraction manuelle du placenta.

Suites de couches : Normales.

Résultats : Pour la mère, sort guérie le 13ᵉ jour; pour l'enfant, mort, garçon 3.450 grammes, sans le cerveau, le sang et la plus grande partie du crâne.

Remarque : Opérée, en 1898, deux fois. La 1ʳᵉ fois pour un kyste hydatique suppuré de l'épiploon adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen. La 2ᵉ fois pour des kystes hydatiques de la cavité pelvienne. Mort.

Obs. XXXIV. — Boissard et Coudert, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1901, t. IV, p. 9.

IIpare, 27 ans.

Accouchements antérieurs : 1ʳᵉ, application de forceps. L'enfant vivant. 2ᵉ, une tumeur volumineuse derrière l'utérus s'oppose à l'accouchement. Ponction, incision et évacuation du kyste. Application de forceps. L'enfant dans l'état de mort apparente. Ranimé; mort le lendemain. Poids 2.800 grammes.

Siège et volume du kyste : Un kyste bien volumineux remplit l'excavation pelvienne et descend dans la cloison recto-vaginale.

Présentation, position : OIGA.

Accouchement actuel : Spontané. La poche des eaux rompue le 14 août à 10 heures le matin. Le 17 à 10 heures le soir la tête non engagée. Ponction et aspiration du kyste : 100 grammes de pus. Incision par le vagin, évacuation de 400 grammes du pus et des vésicules. Expulsion spontanée.

Kyste pendant l'accouchement : Ponction et aspiration du kyste ;

puis incision par le vagin et évacuation du pus et des vésicules filles. Extraction de l'hydatide mère. Drainage.

Suites de couches : Légère élévation de la température.

Résultats : Pour la mère, guérison; pour l'enfant, 1.050 grammes, 43 centimètres. Mort apparente. Ranimé. Mort le lendemain.

Remarque : D'après la longueur du fœtus, les diamètres de la tête et le poids du placenta, la grossesse était plus avancée qu'à six mois et demi.

OBS. XXXV. — BAR et MARCHAND, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1901, p. 299.

Siège et volume du kyste : Une tumeur volumineuse, dure, remplissait l'excavation.

Présentation, position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. En travail depuis 3 jours. *Céphalotripsie* après la ponction du kyste.

Kyste pendant l'accouchement : Ponctionné. Pendant l'extraction du fœtus on fait, probablement, éclater le kyste.

Suites de couches : infection puerpérale.

Résultats : Pour la mère, morte quelques jours après l'accouchement ; pour l'enfant, mort à terme.

Remarque : Marchand présumait une grossesse extra-utérine.

OBS. XXXVI. — BAR et DAMBRIN, *Ibidem*, p. 295.

IIpare, 21 ans.

Accouchements antérieurs : 1er à terme, spontané.

Siège et volume du kyste : Tumeur volumineuse, résistante, tombant dans le cul-de-sac de Douglas.

Présentation, position : Siège mobile.

Accouchement actuel : Opératoire. En travail depuis 48 heures, *Extraction manuelle* après la ponction et éclatement du kyste.

Kyste pendant l'accouchement : Ponction avec l'appareil de Potain ; au même moment le kyste s'affaisse et se rompt dans l'abdomen.

Suites de couches : Aussitôt après l'accouchement, laparotomie : on enlève les hydatides libres dans la cavité abdominale; drainage à travers la plaie. Suppuration de la poche, qui se tarit peu à peu. Fièvre légère.

Résultats : Pour la mère, sort complètement guérie au bout de 3 mois ; pour l'enfant, ranimé, mort le lendemain.

OBS. XXXVI. — IONASSEN-JONAS (observation inédite, communiquée par une lettre du 15 octobre 1897).

Siège et volume du kyste : Un kyste très volumineux dans le cul-de-sac de Douglas.

Présentation, position. Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. La tête ne peut s'engager. Application de *forceps* après la ponction du kyste.

Kyste pendant l'accouchement : Ponctionné par la voie rectale.

Dans les cas qui suivent, la dystocie a été produite très probablement aussi par les kystes hydatiques, mais nous n'en avons pas une preuve précise. Nous ne nous en occupons plus dans ce mémoire.

OBS. I. — BLOT, *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, 1859, p. 45.

24 ans.

Siège et volume du kyste : Dans la cloison recto-vaginale, une tumeur remplissant une grande partie de l'excavation.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Spontané. En travail depuis 3 jours. Ponction du kyste. Vingt minutes après, expulsion spontanée.

Kyste pendant l'accouchement : Ponctionné par le vagin. 500 gr. de liquide clair.

Résultats : Pour l'enfant, vivant.

Remarque : Le liquide ne donne pas de précipité par la chaleur. A l'aide du microscope, on y trouva beaucoup de globules huileux.

OBS. II. — HARDWICKE JUNIUS, Case of encysted tumour in vagina. *The Lancet*, 1863, le 21 mars, p. 326.

Vpare.

Siège et volume du kyste : Dans la cloison recto-vaginale, un kyste volumineux.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. Application de *forceps* après la ponction du kyste.

Kyste pendant l'accouchement : Ponctionné par le vagin. Évacuation d'un demi-litre de liquide clair.

Suites de couches : Bonnes.

Résultats : Pour la mère, rétablissement ; pour l'enfant, vivant

OBS. III. — WALTER BALLS-HEADLEY, Case of parturition, with suppurating abdominal tumour discharging by the umbilicus. Recovery. *Australian medical Journal*, 1880, 15 mai, t. II, p. 157.

IIpare.

Accouchement antérieur : 1er spontané.

Siège et volume du kyste : Sous l'ombilic, une tumeur descendant jusque dans le bassin, derrière l'utérus.

Accouchement actuel : Spontané. Accouchement rapide.

Suites de couches : Suppuration du kyste. Ouverture par l'ombilic 10 jours après l'accouchement. Fièvre, frissons.

Résultats : Pour la mère, rétablissement bien lent ; pour l'enfant, vivant, à terme ; mort 48 heures après l'accouchement.

Remarque : D'après l'opinion de l'auteur, cette tumeur était un kyste hydatique.

OBS. IV. — SCHATZ, Wahrscheinlich Echinococcus des periproctalen Gewebes. In MADELUNG, *Beiträge Mecklenburgischer Aerzte zur Lehre von der Echinococcen Krankheit*, Stuttgart, 1885, p. 170.

IIIpare, 20 ans.

Accouchements antérieurs : 1er avant 2 ans et demi, spontané. 2e, avortement ; on trouva une tumeur à gauche et en arrière de l'excavation pelvienne.

Siège et volume du kyste : Une tumeur du volume d'un petit poing dans le tissu cellulaire en avant de la symphyse sacro-iliaque gauche.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Spontané, facile.

Remarque : On sentait bien nettement les annexes à gauche.

OBS. V. — LAURENS, in DOLÉRIS, *la Gynécologie*, t. I, 1896, p. 111.

Siège et volume du kyste : Une tumeur dans la cloison recto-vaginale.

Présentation et position : Extrémité céphalique.

Accouchement actuel : Opératoire. La tête ne progresse pas. Application de *forceps*.

Kyste pendant l'accouchement : Pendant les tractions, l'anus bombait et une tumeur, de couleur grise, faisait hernie par l'ori-

fice anal. La tumeur était pédiculée ; on lia le pédicule et on le sectionna.

Remarque : La tumeur contenait un liquide puriforme. La paroi du kyste était épaisse, uniforme, rappelant celle des kystes hydatiques. La preuve histologique n'a pas été faite.

Les kystes hydatiques constituent une cause de dystocie **très rare** : nous n'avons pu en réunir que 37 cas.

Au point de vue de la **distribution géographique**, la France (13 cas) et l'Allemagne (9 cas) occupent la première place.

Le **nombre de grossesses** est mentionné chez 32 femmes, dont 13 étaient primipares et 19 multipares.

Chez 8 multipares, un plus grand nombre d'accouchements antérieurs a été déjà compliqué par les kystes hydatiques. On peut constater qu'avec le nombre des accouchements augmentait ordinairement l'obstacle lui-même : de la sorte, les accouchements ultérieurs étaient beaucoup plus difficiles que ne l'étaient les précédents.

Il faut remarquer qu'après l'opération du kyste hydatique (pendant le 6[e] accouchement) et l'oblitération de la poche fibreuse, il se produisit dans l'observation de Park une cicatrice qui mit obstacle à deux accouchements postérieurs.

Le **nombre de kystes** est mentionné dans toutes les observations, sauf celle de Finsen. 22 fois la dystocie fut produite par *un seul kyste* (61 p. 100) et 14 fois par *des kystes hydatiques multiples* (39 p. 100) ; dans le cas de Küchenmeister-Winckel, on en a compté plus de 1.000.

Le **volume des kystes** présente de grandes variétés, certains étaient du volume d'une noix, d'autres pesaient 12 livres (Meyer).

Le siège. — Les kystes hydatiques *uniques* ont été trouvés :

6 fois dans le *cul-de-sac de Douglas :* Bar, Bar et Dambrin, Boissard et Coudert, Bril, Halldorsson, Jónassen.

6 fois dans *le tissu cellulaire du bassin* (du côté droit, gauche ou postérieur) : Burbe, Doléris, Freund, Porak, Roux, Späth.

4 fois dans *la cloison recto-vaginale :* Bar et Marchand, Guéniot, Park, Pauls.

2 fois dans *la cloison vésico-vaginale :* Dieckmann, Gebhardt.

1 fois dans *le ligament large gauche* (ou sur l'utérus ?) : Bonorden.

1 fois dans *l'os sacrum :* Freund-Hannuschke.

1 fois dans *le mésentère de l'S iliaque :* Schmidt.

1 fois dans *la région du foie :* Sadler.

Les kystes hydatiques *multiples* siégeaient :

10 fois dans *différents organes de la cavité abdominale et pelvienne :* Birnbaum, Demons, Gemmell, Ginzbourg, Küchenmeister-Winckel, Meyer, Pinard, Roche, Tissier-Desfosses, Wiener.

2 fois dans *les os du bassin et les parties molles environnantes :* Chavannaz-Larre, Pintor Pasella.

1 fois dans *le cul-de-sac de Douglas :* Franta.

1 fois dans *la cloison recto-vaginale :* Rae.

C'est surtout la partie postérieure de l'excavation qui était le siège de kystes hydatiques mettant obstacle à l'accouchement.

Sur la marche de l'accouchement exercent une influence importante non seulement le volume, le nombre et le siège anatomique des kystes hydatiques, mais encore leur position pendant le travail, leur mobilité et leur compressibilité. Il arrive quelquefois que les kystes hydatiques, prenant leur origine des organes assez éloignés, par exemple du foie (Sadler), peuvent s'engager dans l'excavation.

Les kystes hydatiques qui mettaient obstacle à l'accouchement étaient presque chaque fois immobilisables et siégeaient ou bien dans le tissu cellulaire et les os du bassin ou bien étaient étroitement fixés par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas. Pendant le travail, par exemple, on n'a réussi qu'une seule fois (Gemmell) à refouler le kyste au-dessus du détroit supérieur.

La compressibilité des kystes hydatiques est très peu appré-

ciable, ces kystes étant ordinairement fort tendus, presque durs. Dans le cas de Chavannaz-Larre, le kyste a pu être comprimé par la tête du fœtus parce qu'il communiquait avec une caverne centrale et, par son intermédiaire, avec les autres poches extérieures.

Le contenu des kystes hydatiques était un liquide clair comme de l'eau de roche, ou un peu troublé, ou bien purulent; bien souvent, on trouva dans le kyste des hydatides filles ou fraîches ou flétries.

Le diagnostic précis n'a été fait, en général, qu'après la ponction ou l'incision du kyste. Deux fois le diagnostic a été facilité par une opération précédente (Boissard-Coudert, Franta).

Nous nous occuperons du diagnostic des kystes hydatiques dans un chapitre spécial.

Présentation et position du fœtus. — Deux fois seulement l'enfant se présentait par le siège (Chavannaz-Larre, Bar et Dambrin), toutes les autres fois par la tête. Une fois on a rencontré la procidence du cordon du côté de la tête: On ne fait nulle part mention d'une présentation vicieuse de la tête.

ACCOUCHEMENTS			NOMBRE	RÉSULTAT pour les enfants		
				VIVANTS	MORTS	?
Spontanés		L'obstacle existant	8	2	4	2
		L'obstacle étant écarté	8	3	2	3
Opératoires	L'obstacle existant	Application de forceps	8	6	2	—
		L'extraction manuelle	1	—	1	—
		Version, extract. manuelle	5	—	5	—
		Perforation, cranioclasie	4 (1)	—	4	—
		Opération césarienne	3	2	1	—
	L'obstacle étant écarté	Application de forceps	11	3	4	4
		L'extraction manuelle	1	—	1	—
		Perforation, cranioclasie ou céphalotripsie	2	—	2	—
		TOTAUX	51	16	26	9

(1) En comptant le cas de Pintor Pasella, bien que l'accouchement ne fût pas encore terminé.

Marche du travail. — Chez 35 (1) femmes, on a observé en somme 51 accouchements compliqués par les kystes hydatiques, dont la marche et le résultat pour le fœtus sont condensés dans le tableau précédent.

1° **Accouchements spontanés.** — De 51 accouchements, 8 seulement (15,7 p. 100) étaient tout à fait spontanés ; chez les autres 8 accouchements qui se terminèrent aussi spontanément, il a fallu écarter l'obstacle ou par la ponction ou bien par l'incision du kyste.

Dans le premier groupe, le travail fut 6 fois très pénible et de longue durée ; 1 fois (Roche) il n'y a pas eu des renseignements précis sur l'accouchement, 1 fois (Chavannaz-Larre) le travail n'était pas difficile, l'enfant étant peu développé et le kyste pouvant être comprimé parce qu'il communiquait avec les autres poches extérieures.

Dans le second groupe, l'accouchement se termina, en général, rapidement et sans difficultés, après l'évacuation du contenu par la ponction ou l'incision du kyste.

2° **Accouchements opératoires.** — Le kyste étant intact, l'extraction du fœtus, soit au moyen du *forceps*, soit à l'aide des *mains*, soit à l'aide du *cranioclaste* était, en général, bien difficile. Une fois (Pintor Pasella) l'extraction fut impossible et l'accouchement ne fut pas terminé malgré la craniotomie.

On doit signaler les résultats défavorables aussi bien pour les mères que pour les enfants après *la version et l'extraction manuelle.* Sur les 5 cas où la version fut pratiquée, 5 enfants et 2 mères succombèrent ; chez les deux femmes, l'utérus fut rompu.

Après l'*opération césarienne* (3 cas), toutes les mères succombèrent; deux femmes, à vrai dire, ont été opérées dans la période où on ignorait la méthode antiseptique (Meyer, Sadler).

Après avoir écarté l'obstacle, l'extraction du fœtus, soit à l'aide de forceps, soit à l'aide des mains, soit à l'aide du cranioclaste ou du céphalotribe, ne présentait pas, généralement, beaucoup de difficultés, et l'accouchement a été terminé en peu de temps.

Sur 42 enfants (chez 9, le résultat est inconnu), 26 sont morts ou pendant le travail ou peu après. *La mortalité moyenne s'évalue, de la sorte, à* 62 *p.* 100. Dans les cas de kystes hydatiques *multiples*, la mortalité des enfants ne devient qu'un peu plus grande (63 p. 100) que dans le cas des kystes uniques (61 p. 100).

Pendant le travail, on a pratiqué 13 fois *la ponction du kyste :* ordinairement par la *voie vaginale*, 1 fois par la *voie rectale* (Jónassen) et 1 fois par la *voie vaginale et rectale en même temps* (Wiener). Le plus souvent, on a fait une seule ponction ; quand il a fallu ponctionner la tumeur plusieurs fois, elle contenait habituellement des hydatides filles.

L'*incision* du kyste a été faite 4 fois par la *voie vaginale.*

On n'a réussi qu'une seule fois (Gemmell) à *refouler le kyste* au-dessus du détroit supérieur. Ce refoulement du kyste a été tenté aussi par Birnbaum, Meyer, Pinard, mais sans succès ; il en était ainsi dans le cas de Wiener, bien qu'il eût renouvelé la tentative plusieurs fois et sous le chloroforme, avec la main introduite dans le rectum.

L'obstacle n'étant pas écarté, on a plusieurs fois observé une *rupture du kyste*, soit *spontanée*, sous la seule pression du fœtus, soit *artificielle*, causée par l'extraction de celui-ci. Dans le cas de Gebhardt, le kyste se rompit tout à fait spontanément dans *le vagin ;* il en fut de même dans le cas de Doléris, après l'application de forceps, avant qu'une seule traction eût été exercée. Finsen, d'après Krabbe, a observé une rupture du kyste dans *le vagin* aussitôt après l'accouchement.

Dans le cas de Halldorsson, le kyste situé entre l'utérus et le rectum se rompit pendant le travail et s'évacua par le rectum. Porak, à la suite de quelques tractions très modérées sur le forceps, franchit brusquement l'obstacle qui s'opposait au dégagement de la tête ; le kyste se rompit et le liquide s'épancha dans le tissu cellulaire de la grande lèvre du même côté.

Dans l'observation de Bar et Dambrin, la paroi de la

tumeur s'était rompue en un point limité sous l'influence combinée de la poussée exercée par la partie fœtale et de la pression faite par le doigt au cours d'une exploration ; la rupture du kyste et la diffusion de son contenu dans la cavité péritonéale étaient achevées au moment du passage de la tête. Immédiatement après l'accouchement, Bar fit la laparotomie et enleva les hydatides libres dans la cavité abdominale.

Dans le fait observé par Bar et Marchand, « il est vraisemblable que les opérations exécutées pour extraire l'enfant ont fait éclater le kyste ». Dans le cas de Pauls, un kyste situé dans la cloison recto-vaginale a été expulsé, pendant l'extraction à l'aide de forceps, au-devant de la tête, par une déchirure faite avec l'ongle dans la paroi postérieure du vagin.

Bar et Dambrin citent comme exemples d'une rupture du kyste pendant le travail les cas de Bril et de Ginzbourg ; mais, dans le fait de Bril, le kyste ne s'ouvrit dans l'utérus que le 7e jour après l'accouchement et la malade de Ginzbourg n'a observé la sortie de vésicules hydatiques par la voie vaginale que dans la 4e semaine après l'accouchement.

Dans notre observation nous n'avons fait aucune mention d'une rupture du kyste hydatique, et c'est avec surprise que nous lisons dans le mémoire de Bar et Dambrin : « *Il est vraisemblable que le kyste se rompit du côté du péritoine dans le cas de Franta.* »

Avec les observations de Finsen et de Halldorsson, 53 accouchements, en somme, ont été compliqués par les kystes hydatiques. Après la déduction de 21 cas, où on a fait ou la ponction, ou l'incision, ou le refoulement du kyste, ou bien une opération césarienne, nous comptons, en effet, 32 observations avec 6 cas (19 p. 100) de rupture du kyste.

Sur les 51 accouchements réunis dans notre tableau, l'utérus s'est rompu *trois fois* (à peu près 6 p. 100).

Dans le cas de Tissier et Desfosses, la rupture s'est produite spontanément ; dans les cas de Küchenmeister et

Winckel et de Wiener, elle fut la conséquence de manœuvres obstétricales. Chaque fois, la rupture utérine était complète et les trois femmes ont succombé.

Dans les faits de Küchenmeister-Winckel et de Tissier-Desfosses, la paroi utérine elle-même était atteinte par les kystes hydatiques, et dans le premier fait, de plus, elle était au niveau de la plus grande convexité du kyste (situé sur la paroi postérieure droite de l'utérus) amincie *comme du papier*.

Dans le cas de Wiener, il y avait « beaucoup de kystes hydatiques, atteignant le volume d'une tête de fœtus, tout autour de l'utérus ».

Pintor-Pasella fait remarquer que la partie gauche du segment inférieur était très amincie « comme une membrane et, de plus, d'une couleur brun noirâtre ». Il n'y avait pas de rupture, mais la paroi utérine, comprimée entre la tête d'un côté et la tumeur de l'autre côté, était certainement ramollie, avec début de gangrène, et la rupture en aurait été la conséquence.

Nous sommes tout à fait d'accord avec l'opinion de Bar et Dambrin, que la présence des hydatides dans la paroi utérine prédispose à la rupture de l'utérus.

Deux fois (Bonorden, Franta) on a observé du *tympanisme utérin*.

Suites de couches. — Nous avons réuni 37 cas de dystocie produite par les kystes hydatiques ; 9 fois on ne fait aucune mention de ce qui concerne les suites de couches.

Six fois seulement (21,4 *p.* 100) *les suites de couches furent normales, tandis que* 22 *fois* (78,6 *p.* 100) *elles furent pathologiques, accompagnées, le plus souvent, de maladies graves.*

Très souvent le kyste subit la *suppuration* et quelquefois aussi il se mit en communication avec la cavité d'un organe voisin.

La suppuration du kyste survint, en général, après une *infection immédiate du dehors* produite par la voie traumatique (ponction), mais quelquefois on doit aussi soupçonner que le kyste suppura sous l'influence de l'*infection puer-*

pérale transmise, ou par la voie sanguine, ou bien par la voie lymphatique (Schmidt).

Trois fois le kyste se mit en communication avec la cavité de l'*utérus* (Bonorden, Bril (1), Ginzbourg), une fois avec *la vessie* (Birnbaum). Dans le cas de Porak, on a observé la sortie d'une membrane hydatique par le *rectum*, 7 mois après l'accouchement; c'était, sans aucun doute, en connexion avec l'abcès pelvien qui s'était formé encore pendant les suites de couches et pour lequel elle a été opérée aussitôt après sans être guérie complètement.

Le résultat pour la mère est constaté 33 fois. *Dix mères sont mortes, c'est-à-dire plus de* 30 *p.* 100 :

1° La malade de Pintor Pasella succomba sans être délivrée (tentatives d'application de forceps, puis de perforation).

2° Dans le cas de Pinard (accouchement spontané après la ponction du kyste), la femme était déjà infectée avant son entrée à la clinique. Mort le 4e jour par *infection puerpérale*.

3° Dans le fait de Roche, la femme est morte 15 jours après un accouchement spontané de *péritonite purulente et de pleuro-pneumonie*.

4° La femme qui a été observée par Küchenmeister et Winckel succomba le 4e jour après l'accouchement (tentatives d'application de forceps, puis version et extraction manuelle); il y avait une *rupture complète de l'utérus* et, probablement, une *infection puerpérale*.

5° Dans le cas publié par *Tissier et Desfosses* (tentatives d'application de forceps, puis version et extraction manuelle), il y avait une rupture complète de l'utérus; le placenta est passé dans la cavité abdominale. La femme succomba avant qu'on ait pu faire la laparotomie.

6° Bar et Marchand font remarquer que la femme succomba quelques jours après l'accouchement (céphalotripsie) avec de l'*infection puerpérale*.

7° Dans le fait de Wiener (perforation, extraction à l'aide de cranioclaste après la ponction des kystes), la femme est

morte le lendemain de l'accouchement *de péritonite aiguë*. Il y avait une rupture complète de l'utérus.

8° Meyer pratiqua l'opération césarienne, *cinq jours après le début du travail;* l'opérée succomba 42 heures après, probablement à cause de l'*infection*.

9° Dans l'observation de Sadler, la femme est morte le lendemain de l'opération césarienne, pratiquée *huit jours après le début du travail;* elle était sûrement infectée déjà avant l'opération, comme la malade de Meyer.

10° Bar a fait une opération césarienne et, le 5e jour après, une nouvelle laparotomie, pour l'étranglement du cæcum. Mort bientôt après.

De 10 femmes qui succombèrent, 7 étaient *primipares* (70 p. 100).

D'après nos recherches, nous ne pouvons pas partager l'opinion de Bar et Dambrin. D'après eux, la mortalité, vraiment colossale, est assurément due, pour une bonne part, à ce que beaucoup d'observations appartiennent à une époque où on ignorait la méthode antiseptique. Pour cette période, on a observé 8 cas de dystocie produite par les kystes hydatiques où le résultat pour la mère est noté : 2 femmes seulement sont mortes, toutes les deux après une opération césarienne (Meyer, Sadler) qui fut pratiquée trop tard après le début du travail (5 et 8 jours), sur les femmes sûrement déjà infectées. La mortalité était, de la sorte, 25 p. 100. Sur 25 cas observés pendant la période antiseptique, nous comptons, en effet, 8 mortes, c'est-à-dire 32 p. 100.

Le danger pour la mère est beaucoup plus grand lorsque les kystes hydatiques *multiples* mettent obstacle à l'accouchement : la mortalité monte à 50 p. 100. *Un seul* kyste hydatique étant la cause de la dystocie, la mortalité fait 15,8 p. 100.

LA PRATIQUE
ET L'ENSEIGNEMENT DE L'OBSTÉTRIQUE ET DE LA GYNÉCOLOGIE
A SAINT-PÉTERSBOURG

Par **Albert Katz**,
Interne des hôpitaux de Paris.

Au cours d'un voyage d'instruction médicale fait à l'étranger pendant les grandes vacances de l'année 1901, je me suis longuement arrêté à Saint-Pétersbourg où j'ai pu voir de près les nombreux hôpitaux et cliniques de cette ville.

Dans cette note je me propose d'étudier uniquement l'obstétrique et la gynécologie telles que je les ai vu pratiquer à Saint-Pétersbourg.

Je dis obstétrique et gynécologie, car, en Russie, ces deux spécialités sont inséparables, l'obstétrique « tenant encore maternellement par la main la gynécologie » (1).

Tous les maîtres de l'obstétrique russe, les Sueguireff, les de Ott, les Phénomenoff, etc., sont en même temps gynécologues, et la grande chirurgie abdominale a, en Russie, ses représentants les plus autorisés parmi les accoucheurs.

Toutes les maternités de Saint-Pétersbourg ont des sections de gynécologie, et la tendance des chefs de service qui dirigent en même temps des sections d'obstétrique et gynécologie est particulièrement chirurgicale ; aussi vais-je passer en revue et parallèlement l'une et l'autre de ces spécialités.

L'organisation générale des hôpitaux à Saint-Pétersbourg diffère essentiellement de ce qu'elle est chez nous. Au lieu d'une direction unique, les hôpitaux de Saint-Pétersbourg ressortissent d'un grand

---

(1) Pozzi, Leçon d'ouverture du cours, *Presse méd.*, 1901, 1er juin 1901.

nombre d'administrations tout à fait indépendantes les unes des autres.

Parmi ces diverses administrations, une rappelle pourtant assez bien l'Assistance Publique de Paris, c'est la *Commission municipale des hôpitaux*. Cette commission est nommée tous les quatre ans par la municipalité de Saint-Pétersbourg (la douma), et elle a plein pouvoir pour tout ce qui concerne les questions administratives et médicales des douze grands hôpitaux qu'elle dirige.

Chacun de ces douze hôpitaux est administré par un directeur, qui est toujours un *médecin honoraire des hôpitaux*. Tous les médecins directeurs des hôpitaux de la ville forment *le Conseil des médecins directeurs* ; c'est ce conseil qui nomme les directeurs des hôpitaux, qu'on choisit habituellement parmi les chefs de service ayant déjà fourni une longue carrière dans les hôpitaux ; c'est ce conseil encore qui nomme les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux après un concours où les candidats exposent leurs titres et travaux scientifiques.

Les chefs de service sont secondés par des médecins adjoints et des internes. Les premiers sont nommés au choix par la Commission des hôpitaux à laquelle les candidats sont proposés par le médecin-directeur de l'hôpital intéressé.

Les internes sont de jeunes docteurs en médecine choisis par le directeur et logés à l'hôpital.

Le personnel hospitalier secondaire forme dans les hôpitaux de Saint-Pétersbourg deux catégories bien distinctes.

Le gros ouvrage, nettoyage des salles, des cours, etc., est fait par des infirmières-servantes n'ayant aucune éducation professionnelle ; elles n'approchent jamais les malades.

Les soins immédiats des malades sont confiés à un personnel de surveillantes et d'infirmières ayant une éducation professionnelle très soignée ; ce sont des *sœurs laïques* appartenant à l'une des nombreuses communautés de la Croix-Rouge.

Cette école supérieure d'infirmières, la plus ancienne de l'Europe puisqu'elle date de 1864, est une institution unique dans son genre.

L'éducation professionnelle dure quatre ans ; les élèves suivent pendant leurs études des cours théoriques institués par le grand chirurgien russe Pirogoff et constamment perfectionnés selon les exigences du progrès de l'hygiène hospitalière.

De plus, l'institution divisée en cinq grandes communautés, pos-

sède aujourd'hui de petits hôpitaux où les élèves sont initiés aux soins à donner aux malades, aux pansements, aux procédés de stérilisation, etc.

A leur sortie de l'école, les élèves sont réparties dans les hôpitaux de Saint-Pétersbourg au fur et à mesure des besoins.

Le dévouement, l'aménité et les soins intelligents prodigués par les sœurs de la Croix-Rouge sont une des choses qui frappent le plus l'étranger qui visite les hôpitaux de la capitale russe; aussi les sœurs de la Croix-Rouge sont-elles très estimées par la population; de ce fait, le recrutement se fait dans tous les milieux, même les plus privilégiés de la société russe. Aussi ai-je rencontré presque dans chaque hôpital des surveillantes sachant le français, et quelques-unes d'entre elles ont été à l'étranger afin de compléter leur instruction médicale.

On voit par ce qui précède combien est large l'initiative du corps médical dans tout ce qui concerne les questions hospitalières: administration, choix du personnel, etc.; c'est à cette organisation intelligente qu'on doit le prodigieux progrès accompli dans l'hygiène des hôpitaux pétersbourgeois au cours des vingt dernières années.

Outre la Commission des hôpitaux du conseil municipal, Saint-Pétersbourg compte plusieurs autres administrations publiques ou privées ayant leurs propres hôpitaux et cliniques. Tels sont les hôpitaux et maternités dépendant de *l'Institution de l'Impératrice Marie*; onze grands hôpitaux, parmi lesquels « la Grande Maternité » et « l'Institut impérial clinique d'accouchement », sont du ressort de cette administration.

Enfin, chaque ministère a ses hôpitaux spéciaux. Parmi ceux-ci, les hôpitaux dépendant du ministère de la Guerre méritent une mention spéciale.

En outre des hôpitaux militaires proprement dits, le ministère de la Guerre dirige et administre depuis plus d'un siècle *l'Académie de Médecine de Saint-Pétersbourg.*

L'Université de la capitale russe n'a pas de Faculté de médecine; celle-ci, sous le nom d'*Académie de médecine*, compte environ mille élèves.

Deux grands hôpitaux sont annexés à l'Académie : l'*hôpital clinique militaire* avec 700 lits et la *clinique Michel* avec 150 lits. Ces 850 lits sont répartis en groupes de 40 à 50 lits qui constituent au

tant de cliniques dirigées par les professeurs de l'Académie de médecine.

Parmi ces cliniques, deux sont destinées à l'enseignement de l'obstétrique; l'une d'elles, dirigée autrefois par Krassovski et Slawianski, a actuellement à sa tête le professeur Liebedeff; l'autre est dirigée par le professeur Rein (de Kiew).

Comme on le voit, le matériel hospitalier en général est immense; la part de l'obstétrique dans la répartition des services hospitaliers est très grande. Saint-Pétersbourg compte en effet trois grandes maternités qui sont en même temps des écoles pour les sages-femmes et des institutions de perfectionnement dans l'art obstétrical pour les docteurs; deux cliniques obstétricales à l'Académie, de nombreux services d'accouchements annexés aux hôpitaux généraux; enfin, treize asiles municipaux d'accouchements.

Il m'est impossible de donner des détails sur chacune de ces institutions, je ne parlerai au cours de cet article que des services dont j'ai pu voir le fonctionnement, et j'indiquerai, chemin faisant, la pratique obstétricale et gynécologique de chacun des principaux chefs de service.

La « Grande Maternité ». — La Grande Maternité, située au centre de la ville, rue Nadiejdinskaia, vient, par le nombre d'accouchements qui s'y font annuellement, en tête des maisons d'accouchements de Saint-Pétersbourg.

Elle mérite encore cette primauté par son histoire et par l'influence qu'elle a exercée sur le développement de la science obstétricale en Russie.

La Grande Maternité date de 1761; c'est la première maison d'accouchements ouverte à Saint-Pétersbourg; au début il n'y avait que 20 lits, et le nombre des accouchements qui s'y faisaient était très minime.

Les maisons d'accouchements ont été, en effet, en Russie comme ailleurs, l'objet d'un ostracisme systématique de la part de la population et, jusqu'au milieu de ce siècle, seules, les filles-mères accouchaient à la Maternité; puis, à mesure que

les services rendus par la première maison d'accouchements devinrent de notoriété publique, la confiance de la population lui fut acquise, et dès lors la maternité devint notoirement insuffisante.

Les chiffres suivants indiquent la progression suivie par l'activité de la première maternité de Saint-Pétersbourg :

En 1821 on compte 516 accouchements à la Maternité;
En 1866 on en compte 1.771, plus du triple;
En 1874 — 2.593;
En 1885 — 3.459;
En 1889 — 3.985;

Depuis 1900 plus de quatre mille accouchements ont lieu par an à la Grande Maternité.

Aussi la Maternité, pour suffire aux besoins, subit-elle des agrandissements successifs; mais elle eut, comme toutes les grandes maternités de l'Europe, à pâtir de l'encombrement, et en 1868 la fièvre puerpérale sévit à la Maternité avec une telle violence que l'hôpital dut rester longtemps fermé.

C'est, d'ailleurs, à la suite de cette épidémie que la municipalité de Saint-Pétersbourg décida la création de petites maisons d'accouchements dites *asiles municipaux d'accouchements* et dont on a doté tous les quartiers de la capitale russe.

C'est la « Grande Maternité » qui a été pendant de longues années le centre de l'instruction obstétricale russe, et c'est au célèbre accoucheur *Krassovski* qu'on doit l'influence de la « Grande Maternité » comme centre cultural d'obstétrique et de gynécologie.

Krassovski, le plus célèbre des accoucheurs russes, fut vers 1855 un élève assidu de Pajot et de Dubois. Nommé en 1860 chef de la « Grande Maternité », il y resta jusqu'en 1897, année de sa mort.

C'est là que Krassovski pratiqua en 1862 la première ovariotomie faite en Russie. Le succès de sa première intervention fut si éclatant, qu'enhardi, il pratiqua sept autres ovariotomies dans les quatre années suivantes.

Et, coïncidence bizarre, l'année même où Péan publiait son

mémoire intitulé : « L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès ? » (1868), Krassovski éditait en français, et à Paris, un ouvrage remarquable sur : « Les sept ovariotomies pratiquées à la Grande Maternité de Saint-Pétersbourg ».

L'influence de Krassovski sur la génération médicale russe actuelle est immense, et il passe à juste titre pour le fondateur de l'école obstétricale russe, complètement tributaire avant lui de l'enseignement obstétrical allemand et français.

L'institution de l'école des sages-femmes, la création à la Maternité d'un service d'isolement pour les femmes infectées ou douteuses, l'organisation d'un service de gynécologie complètement séparé de la Maternité proprement dite, bref, toute l'organisation de la « Grande Maternité » telle qu'elle existe aujourd'hui est entièrement l'œuvre de Krassovski. Il est, en outre, le fondateur de la Société d'obstétrique de Saint-Pétersbourg et du premier journal russe d'obstétrique et de gynécologie.

Actuellement, la « Grande Maternité », placée sous la direction du professeur *Phenomenoff*, contient 94 lits ainsi répartis : 72 lits pour femmes en couches, 12 lits pour femmes en couches infectées ou suspectes d'infection, et 10 lits pour la gynécologie.

Ce qui frappe d'abord l'étranger qui visite la « Grande Maternité », c'est la division complète de celle-ci en deux édifices : l'un pour l'hiver et l'autre, plus léger, pour l'été.

De cette façon, les femmes en couches se trouvent pendant les chaleurs de l'été dans des pavillons légers, frais, et cette disposition permet, en outre, une réfection et un nettoyage complets des services d'hiver pendant les grandes vacances.

Les femmes en couches sont soignées à la Maternité par des élèves sages-femmes. Celles-ci forment deux catégories. Les élèves sages-femmes de première classe reçoivent une éducation obstétricale théorique et pratique très solide et doivent avoir une certaine instruction générale à leur entrée à l'école. Les élèves de seconde classe, qui sont des jeunes filles de la

campagne souvent illettrées, reçoivent à l'école une éducation obstétricale élémentaire qui dure un an ; à leur sortie de la Maternité elles sont envoyées dans les villages où elles servent sous la direction des médecins du Zemstwo (médecins cantonaux payés par l'État) comme infirmières préposées spécialement aux soins des paysannes qui accouchent chez elles.

La pratique obstétricale de la maternité ressemble, sauf quelques petits détails, à celle des autres maternités russes ; décrire la pratique de l'une d'elles, c'est les décrire toutes.

On accouche à la « Grande Maternité » toutes les femmes qui se présentent, sauf celles atteintes de lésions syphilitiques contagieuses, qui sont accouchées à l'hôpital Kalinkin, le Saint-Louis de la capitale russe, et où il y a un service spécial de 50 lits pour les femmes syphilitiques en couches.

Les femmes enceintes qui se présentent pour accoucher sont examinées à l'ambulatorium (service de consultations externes), puis montées dans une des salles d'accouchement du service.

Les femmes pour accoucher sont presque toujours mises en position obstétricale comme chez nous ; çà et là on emploie chez les primipares la situation latérale.

La protection du périnée, au moment de l'expulsion, diffère beaucoup de la nôtre. Au moment où la tête distend la vulve, on a la coutume de *retenir* la tête *à travers le périnée* qu'on soutient avec le talon de la main ; ce n'est donc pas *directement* sur la tête qu'on agit, mais par l'intermédiaire du périnée.

La délivrance se fait par le procédé de Crédé Ahlfeld, seconde manière.

Aussitôt après la délivrance, on donne indistinctement à toutes les femmes dix grains (soixante-dix centigrammes) de poudre d'ergot de seigle. C'est une pratique constante que j'ai retrouvée dans toutes les maternités russes.

Dans les suites de couches, point d'injections vaginales ; on fait seulement la toilette vulvaire plusieurs fois par jour.

La ligature du cordon se fait à la maternité au fil : les omphalotribes y sont inconnus.

Les présentations du siège sont transformées pendant la grossesse en présentation du sommet par la version externe ; lors du travail, lorsque le siège est engagé, on fait l'extraction à l'aide des tractions inguinales; on n'emploie ni les lacs, ni les crochets, et jamais on n'applique le forceps sur le siège.

Pour le dégagement de la tête, on pratique la manœuvre de Mauriceau; personnellement je n'ai pas eu l'occasion de la voir employer; mais, d'après les explications qu'on a bien voulu me donner tant à la Grande Maternité que dans les autres services d'accouchements, il me semble qu'on néglige en Russie un des temps importants de la manœuvre : je veux parler du mouvement de rotation que nous avons l'habitude d'imposer au menton, afin d'amener celui-ci dans la concavité sacrée.

Ce temps de la manœuvre de Mauriceau, peu connu en Russie, a frappé maint accoucheur russe qui a vu pratiquer l'extraction de la tête dernière à Paris, et le Dr Racinski, dans un compte rendu très documenté qu'il a publié de l'activité obstétricale à Paris (1), insiste beaucoup sur ce temps de la manœuvre auquel on fait tant attention à Paris et qui est mal connu en Russie.

Le forceps généralement employé est celui de Simpson ; le forceps de Tarnier est très peu connu à Saint-Pétersbourg.

Dans les bassins légèrement rétrécis le professeur Phénoménoff applique volontiers le forceps au détroit supérieur ; mais, lorsque le rétrécissement est accusé, il fait presque toujours l'opération césarienne. La symphyséotomie a été pratiquée rarement à la Maternité, et les résultats ne paraissent pas avoir entraîné la conviction du professeur Phénoménoff sur l'excellence de l'opération de Sigault.

Quoi qu'il en soit, le professeur Phénoménoff laisse toujours évoluer les grossesses dans les bassins rétrécis jusqu'au terme. Il ne pose presque jamais l'indication de l'accouche-

(1) Racinski, *Journal d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg*, 1900.

ment prématuré dans les bassins rétrécis, estimant que l'opération césarienne au début du travail est une opération très bénigne.

Dans les cas très rares où, sur la demande expresse d'une femme enceinte avec bassin rétréci, il fait l'accouchement prématuré, c'est le dilatateur à trois branches de Tarnier qu'il emploie pour dilater le col.

Pour la coaptation des petites déchirures périnéales, on emploie couramment les agrafes de Michel.

Dans les endométrites puerpérales, le professeur Phénoménoff s'abstient de tout curettage instrumental. Un traitement très en faveur à la Maternité consiste dans l'emploi des douches de vapeur.

On introduit une sonde dans la cavité utérine infectée et on met en communication la sonde avec un générateur de vapeur; on fait plusieurs séances de quelques minutes chacune. Enfin, l'emploi de l'eau oxygénée pour les plaies diphtéroïdes vulvaires et vaginales est d'un usage quotidien.

J'ai déjà indiqué la liaison étroite entre la gynécologie et l'obstétrique en Russie; à la « Grande Maternité » le professeur Phénoménoff dirige donc en même temps la section de gynécologie.

J'ai eu l'occasion de voir trois opérations exécutées par le professeur : une hystérectomie abdominale totale pour fibrome de l'utérus ; une colpotomie suivie de l'ablation par le vagin d'un gros kyste du ligament large, et une intervention pour fistule vésico-vaginale.

La salle d'opérations n'a pas de lavabo; c'est dans une pièce attenante à la salle d'opérations que le chirurgien et ses aides revêtent les blouses et procèdent à la toilette des mains. Les blouses, les tabliers et les calottes du chirurgien et des aides sont stérilisés dans la grande étuve qui sert à la désinfection dinugl e de la Maternité.

Pour les mains on emploie du savon stérilisé liquide et de l'eau stérilisée; on fait arriver l'un et l'autre par un mouvement de pédale, et les mains du chirurgien ne touchent ainsi à rien;

après nettoyage au savon, les mains sont passées à l'hypermanganate et à l'acide oxalique.

Les compresses *numérotées* sont contenues dans des sacs en toile; il y en a 25 à 50 dans chaque sac et, aussitôt l'opération finie, on compte les compresses afin d'éviter tout oubli fâcheux.

La technique opératoire de l'hystérectomie abdominale ne présente rien de particulier; mais quelques petits détails méritent de nous arrêter. Le professeur Phénoménoff enduit, avant l'incision, la ligne sous-ombilicale d'une couche de teinture d'iode; il trempe de même le bout de ses doigts dans de la teinture d'iode.

La suture de la paroi est très particulière. M. Phénoménoff fait d'abord une suture totale en un seul plan de la paroi à la soie ; pour ce faire il se sert d'un fil de soie monté sur deux aiguilles, une à chaque extrémité du fil.

Chaque aiguille pénètre du péritoine vers les téguments; de cette façon on évite l'infection de la seconde lèvre de la plaie par l'aiguille qui, dans le procédé classique, a déjà traversé la première lèvre où elle a pu se charger de quelques germes infectieux.

Avant de nouer, M. Phénoménoff fait toujours une suture péritonéo-musculaire et une autre aponévrotique au catgut; ce n'est qu'en dernier lieu qu'il serre les fils de soie.

A la Maternité est annexé un service de consultations externes pour les femmes enceintes et les maladies gynécologiques.

C'est à cette consultation qu'on recrute la plupart des femmes qu'on reçoit à la Maternité.

Toute femme qui s'y présente reçoit, en outre de son ordonnance, un imprimé rédigé par le Conseil sanitaire municipal; il est intitulé *Conseils aux mères* et contient nombre de préceptes hygiéniques à l'usage des femmes enceintes et des mères.

Voici quelques-unes des instructions contenues dans les « Conseils aux mères » :

CONSEILS DONNÉS AUX MÈRES AFIN QU'ELLES SACHENT COMMENT CONSERVER LEUR SANTÉ AINSI QUE CELLE DE LEURS ENFANTS (ÉLABORÉS PAR LA COMMISSION DES MÉDECINS DES ASILES D'ACCOUCHEMENT DE LA VILLE DE SAINT-PÉTERSBOURG).

1° Une femme enceinte doit observer la plus stricte propreté de son corps et de son entourage immédiat; pour ce faire, elle doi prendre un bain (de vapeur) chaque semaine, et, pendant le dernier mois de la grossesse, deux bains; elle doit, en outre, faire tous les jours sa toilette intime avec du savon et de l'eau bouillie (toilette extérieure, pas d'injection); de plus, elle doit changer souvent de linge, avoir un lit propre et une chambre aérée au moins deux fois par jour même en hiver.

2° Les vêtements d'une femme enceinte doivent être larges, commodes, et le corset est nuisible même au début de la grossesse.

3° Un travail trop pénible, le soulèvement de charges trop lourdes, les heurts, les mouvements brusques (sauts d'un tramway en marche), etc., sont nuisibles; mais un travail modéré est au contraire très recommandé, car la vie sédentaire est nuisible aussi.

4° Les femmes enceintes ne doivent jamais s'adresser pour une consultation à des sages-femmes non diplômées, à des filles de bain, à des rebouteuses, car celles-ci par incompétence peuvent donner des conseils dangereux.

5° En cas d'hémorrhagie, d'œdème des membres, de maux de tête, de constipation, de douleurs dans le ventre, les femmes doivent s'adresser immédiatement à un médecin ou, si elles n'en ont pas le moyen, à une consultation pour femmes enceintes. (Suit l'adresse des 22 consultations près des maternités, asiles et services d'accouchements de Saint-Pétersbourg.)

Vient ensuite toute une série de conseils sur la façon d'entretenir la propreté des bouts des seins, la manière de faire la toilette de l'enfant, l'époque favorable à la vaccination, etc.

Voici les conseils donnés aux mères qui ne peuvent pas nourrir leurs enfants :

Jusqu'au 6e mois on recommande de couper le lait de vache avec de l'eau bouillie dans les proportions suivantes :

Jusqu'à un mois 1 partie de lait pour 3 parties d'eau ; 4 cuillerées de mélange par tétée.

De 1 mois à 3 mois 1 partie de lait pour 2 parties d'eau ; 6 cuillerées de mélange par tétée.

De 3 mois à 5 mois 1 partie de lait pour 1 partie d'eau ; 8 cuillerées de mélange par tétée.

De 5 mois à 6 mois 2 parties de lait pour 1 partie d'eau ; 9 cuillerées de mélange par tétée.

Après le 6e mois on donnera le lait pur bien bouilli, environ 10 cuillerées à soupe par tétée.

Le sevrage se fera progressivement à partir du 10e mois, etc.

L'Institut impérial clinique d'accouchement. — Cet Institut, le second à Saint-Pétersbourg par rang d'ancienneté, date de 1797.

La direction en est confiée, depuis 1893, à M. le professeur Dimitri de Ott, dont la réputation en chirurgie abdominale est depuis longtemps établie tant en Russie qu'à l'étranger.

Il est secondé par MM. les professeurs Samchine et Stroganoff.

L'Institut impérial clinique, tout en étant complètement indépendant de l'enseignement officiel de l'Académie, n'en est pas moins un des plus importants centres de l'enseignement obstétrical de l'Empire. A cet effet, l'Institut, en dehors des soins donnés aux femmes en couches, organise tous les ans : *a*) des cours pour les médecins qui désirent se perfectionner dans l'art obstétrical ; *b*) des cours pour les sages-femmes, qui comme les médecins viennent à l'Institut de tous les coins de l'Empire, afin de rafraîchir les notions acquises autrefois durant leurs études et de se mettre au courant des idées nouvelles.

Enfin, l'Institut est en même temps école de sages-femmes ; les élèves sont externes, et la durée des études est d'un an.

L'Institut clinique se compose d'un bâtiment principal affecté aux femmes en couches et d'une aile pour le service de gynécologie.

Les bureaux, la pharmacie, la cuisine, etc., forment un bâtiment à part.

L'activité de l'Institut, au point de vue du roulement des malades, est inférieure à celle de la Grande Maternité. Il s'y fait en moyenne 1.600 accouchements par an.

La pratique obstétricale de l'Institut ne diffère pas essentiellement de celle de la Maternité ; mais quelques points de doctrine méritent cependant d'être notés comme s'écartant notablement de celle des autres maternités russes.

On pratique assez fréquemment à l'Institut les incisions prophylactiques du périnée au moment du dégagement de la tête ; alors qu'en général, tant en Russie qu'à l'étranger, on ne procède à l'incision prophylactique que lorsqu'on craint une déchirure *totale* du périnée, à l'Institut on intervient même lorsqu'on craint une déchirure incomplète, et on est guidé par ce principe, à savoir que les plaies provoquées par l'accoucheur sont nettes, leur coaptation est parfaite et la réunion *per primam* plus assurée que dans les cas de déchirures hachées, anfractueuses faites par la tête.

Pathogénie de l'éclampsie. — Un des professeurs de l'Institut, M. Stroganoff, soutient depuis 1898 que l'éclampsie est une maladie *infectieuse contagieuse* et qu'elle doit être traitée en conséquence.

Le professeur Stroganoff a édifié cette nouvelle théorie pathogénique de l'éclampsie d'après l'étude de 1.500 cas d'éclampsie, pris tant à l'Institut clinique que dans les autres maternités de Saint-Pétersbourg.

Les preuves invoquées à l'appui de cette théorie sont multiples.

Et d'abord, dit le professeur Stroganoff, l'éclampsie est une maladie *générale, aiguë, fébrile le plus souvent, et conférant presque toujours l'immunité.*

Tous ces caractères sentent l'infection.

De plus, l'observation démontre qu'il y a des années où l'éclampsie est bénigne, d'autres où elle est excessivement meurtrière.

A l'Institut impérial clinique on a observé en 1898 dix-neuf cas d'éclampsie sans aucune mort ; or pendant les

années 1896 et 1897 il y eut au même Institut 28 cas d'éclampsie avec 7 morts (25 p. 100).

De plus, les cas d'éclampsie ont notablement augmenté ces dernières années, et cette augmentation serait due, d'après le professeur Stroganoff, à l'encombrement des maternités de Saint-Pétersbourg, qui deviennent de plus en plus insuffisantes.

Le fait serait particulièrement démonstratif pour la Grande Maternité qui, avec ses 4.500 accouchements par an et ses centaines d'élèves, est la maison d'accouchement la plus encombrée de la capitale russe. En effet, à cette maternité il y eut, dans la période de 1883 à 1893, un cas d'éclampsie sur 777 accouchements, alors que dans la période de 1893 à 1897 le pourcentage est dix fois plus grand, un cas pour 69 accouchements.

Cette augmentation du nombre des éclamptiques va de pair avec le nombre des accouchements, car dans la période de 1883 à 1893, c'est-à-dire dans l'espace de dix ans, il y eut 5.837 accouchements, alors que dans la période de quatre ans de 1893 à 1897 il y eut presque le même nombre : exactement 5.036.

Parmi les cas d'éclampsie observés à la Grande Maternité le nombre des cas *autochtones* dépasserait de beaucoup celui des cas *extérieurs*.

De 1883 à 1894 il y a eu 43 cas intérieurs contre 39 extérieurs.

De 1894 à 1898 il y eut 54 cas intérieurs contre 37 extérieurs.

Il y aurait donc *contagion* dans le service d'une malade à l'autre.

Au contraire, dans les petites maternités, dans les asiles municipaux, le pourcentage des cas d'éclampsie est infiniment moindre.

A l'asile Alexandra Newski, pour 3.692 accouchements faits dans une période de 10 ans, on compte 14 éclamptiques, c'est-à-dire 1 sur 263, etc.

D'après le professeur Stroganoff, il y aurait, en somme, la

même coïncidence dans les rapports entre l'encombrement des maternités et le nombre des cas d'éclampsie que celle qu'on avait établie autrefois pour la *fièvre puerpérale.*

De tout cet ensemble de circonstances et pour toute une série d'autres considérations longuement développées à la Société obstétricale de Saint-Pétersbourg (1), le professeur Stroganoff conclut que *l'éclampsie est une maladie générale, aiguë, contagieuse, ayant une période d'incubation de trois à vingt heures; le virus garderait son activité pendant trois semaines à peu près.*

Comme conclusion pratique, il faut, d'après l'auteur de cette théorie pathogénique, indépendamment du traitement médicamenteux et général, *isoler toute éclamptique* comme on le fait pour la septicémie puerpérale.

La théorie infectieuse de l'éclampsie, si séduisante, si éloignée des nombreuses théories classiques sur la pathogénie de cette maladie, n'a pas à l'heure qu'il est, même en Russie, beaucoup de partisans; l'avenir dira ce qu'il en est de cette théorie, mais en attendant, le conseil donné par l'auteur d'isoler les malades atteintes d'éclampsie serait facile à suivre, vu que chaque maternité a aujourd'hui des services d'isolement.

Le service de gynécologie de « l'Institut impérial clinique d'accouchements » est à coup sûr un des plus actifs de Saint-Pétersbourg, et ceci surtout de par la personnalité de celui qui s'en occupe spécialement, le professeur Dimitri de Ott.

Sa hardiesse, la sûreté de sa brillante technique attirent à l'Institut, les jours d'opération, une foule de médecins qui trouvent à peine de la place dans la salle d'opération trop exiguë pour les contenir.

Cette salle d'opération, très vieille, présente l'originalité suivante : au centre de la salle se tiennent le chirurgien et ses aides autour de la table d'opération; ils sont entourés de tous côtés par un vestibule vitré pourvu de gradins dans lequel on a accès par un escalier extérieur.

(1) STROGANOFF, *Journal d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg.*

De cette façon, les spectateurs peuvent suivre tous les détails des opérations sans incommoder le chirurgien; de plus, séparés des spectateurs par la baie vitrée, le malade et les chirurgiens sont à l'abri de la chaleur excessive, si pénible et si constante dans les salles d'opérations très fréquentées; enfin, autre avantage important, la poussière que soulèvent inévitablement tant de spectateurs ne peut aucunement souiller le champ opératoire et les instruments.

Le professeur de Ott est un défenseur ardent des interventions par la voie vaginale. Lors de la discussion sur le traitement du cancer utérin au XIII[e] Congrès international de Médecine à Paris, il exposa sa pratique opératoire, et dans cette pratique l'intervention par voie vaginale en cas d'annexite, de fibromes, de kystes de l'ovaire même, etc., est pour lui l'opération de choix.

Pour le cancer de l'utérus l'expérience du professeur de Ott est basée sur plus de 200 cas d'interventions par voie vaginale. Sur ces 200 cas il eut moins de 2 p. 100 de mortalité opératoire.

Quant à la guérison définitive, en comptant comme terme de guérison toutes les malades survivant six ans à l'opération, le professeur de Ott compte 62 cas; de ces 62 cas analysés dans un remarquable rapport au Congrès de médecine de Paris (1) il compte 18 cas de guérison complète et 44 cas de récidive après six ans.

Même dans les cancers de l'utérus compliqués de grossesse le professeur de Ott intervient souvent par voie vaginale; dans quelques cas il intervient par cette voie au septième mois de la grossesse.

Dans ces cas, après incision des culs-de-sac, libération de la vessie et ligature des utérines, le professeur de Ott ouvre la poche des eaux, extrait le fœtus et le placenta, et ne procède à l'hystérectomie qu'après l'extraction du fœtus et de l'arrière-faix.

(1) DIMITRI DE OTT, *Rapport au XIII[e] Congrès international de médecine*, Paris, 1900 (section de gynécologie).

Partisan convaincu des interventions par voie vaginale, le professeur de Ott a constamment perfectionné sa technique et, récemment, pour faciliter l'éclairage souvent si indispensable pour mener à bien les hystérectomies vaginales difficiles, il a inventé et fait construire une lampe électrique avec réflecteur qu'on fixe sur le front du chirurgien ; les rayons lumineux envoyés dans le vagin éclairent tout le petit bassin, et on peut alors inspecter à l'aise la paroi postérieure de la vessie, le rectum, les intestins, l'épiploon et se rendre ainsi un compte exact des adhérences, des hémorrhagies, etc. (1).

Tout en étant un chirurgien hardi, ne reculant pas devant les grandes interventions lorsqu'il se trouve en présence d'indications nettes, le professeur de Ott fait néanmoins dans plus d'une circonstance de la bonne chirurgie conservatrice ; tel est, par exemple, le traitement opératoire conservateur qu'il propose et qu'il pratique depuis trois ans dans les paramétrites scléreuses, cicatricielles.

Les inflammations pelviennes, lorsqu'elles ont dépassé la phase aiguë, aboutissent souvent à la sclérose du tissu conjonctif du petit bassin. Cette sclérose est quelquefois le point de départ de troubles fonctionnels graves due à la compression exercée par les brides cicatricielles paramétriques sur les vaisseaux, les nerfs, les organes du petit bassin, tels les uretères ; de plus, les brides entraînent souvent la déviation de l'utérus avec toutes ses conséquences.

Contre ces brides paramétriques le traitement médical, le massage, l'électricité sont souvent impuissants, et souvent les troubles fonctionnels, les douleurs sont assez prononcés pour nécessiter une hystérectomie vaginale.

Or M. le professeur de Ott pratique depuis trois ans une intervention qui, tout en détruisant les brides, laisse en place l'utérus. Cette intervention consiste en une colpotomie faite du côté où existent les brides cicatricielles suivie de l'inci-

---

(1) Voir *Journal d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg*, mai 1901.

sion de ces brides. La section faite, le professeur de Ott, pour combler la brèche, fait des sutures qui, au lieu d'être *perpendiculaires* à la section, sont pratiquées *dans le sens même* de la ligne d'incision. Grâce à cet artifice, il empêche les deux bouts de la bride sectionnée de se réunir de nouveau.

L'œuvre éducatrice de l'Institut est immense ; de tous les coins du vaste Empire arrivent des médecins, jeunes et vieux, qui, accueillis à l'Institut, dirigés dans leurs travaux de clinique et de laboratoire, trouvent à l'Institut un centre permanent d'études et de recherches.

Depuis quelques années l'affluence est telle que le besoin de faire mieux et plus grand s'est fait fortement sentir. C'est de ce besoin qu'est né le projet de construction d'un nouvel Institut.

Actuellement la construction de ce nouvel Institut est presque complètement achevée, et on espère pouvoir l'inaugurer au mois de septembre de cette année.

J'ai déjà indiqué, au début de mon étude, quelle bienfaisante influence a exercée sur l'hygiène des hôpitaux russes la large initiative laissée par l'État au corps médical dans les questions d'hygiène et d'installation hospitalière.

C'est à cette influence qu'on doit l'existence à Moscou d'une clinique chirurgicale impeccable, une des plus belles de l'Europe et qui a fait l'admiration des étrangers lors du Congrès de Moscou.

Pour le nouvel Institut obstétrical on a procédé de la même façon. Le professeur de Ott garde, pendant toute la durée des travaux, la haute direction pour tout ce qui concerne les questions de prophylaxie, d'hygiène, d'isolement, etc.

Avant d'adopter le plan élaboré par les ingénieurs, le professeur de Ott a visité la plupart des cliniques obstétricales de l'Europe occidentale ; de plus, une Commission de médecins et d'architectes discutent, au fur et à mesure qu'elles se présentent, toutes les questions importantes.

Pour ne citer qu'un exemple entre mille, j'ai été surpris en visitant le vieil Institut de voir les corridors de l'Institut pour-

vus d'un parquet des plus hétéroclites : à côté de deux mètres de mosaïque, j'ai vu quelques mètres de linoléum, de ciment, d'asphalte, etc., produisant un effet des plus bizarres.

Le professeur Samchine, qui voulut bien me servir de guide pendant ma visite, m'expliqua que cette diversité était due à des expériences qu'on poursuit depuis plusieurs années sur la valeur comparative des divers parquets. C'est le résultat de ces expériences qui va indiquer la nature du parquet dont on dotera le nouvel Institut. Le nouvel Institut obstétrical va certainement être le modèle du genre ; le professeur de Ott a bien voulu me conduire sur les chantiers, m'en expliquer en détail le plan et l'ordonnance ; et je peux affirmer, d'après ce que j'ai vu d'instituts scientifiques et hospitaliers en Europe, que le futur Institut impérial d'accouchements de St-Pétersbourg va être une œuvre de tous points remarquable.

Je ne peux faire ici une description détaillée du nouvel institut, mais quelques exemples montreront le souci de perfection qui a présidé à sa construction.

L'Institut est formé d'un corps de bâtiments en trois étages avec ailes gauches pour les femmes en couches et ailes droites pour la gynécologie. Tous les logements, ceux du directeur, des deux professeurs et du personnel secondaire sont complètement séparés de l'hôpital proprement dit.

A l'entrée du service d'accouchement se trouve une salle où les femmes en couches reçues sont complètement déshabillées et examinées. Les vêtements sont transportés par un corridor extérieur dans un bâtiment spécial et isolé, *le dépôt*.

De cette première salle, la femme passe dans la salle des bains, et là elle est nettoyée, habillée avec le linge stérilisé de l'Administration ; puis elle monte dans le service.

Grâce à ce système, aucune contamination du dehors ne peut se faire par le linge et les vêtements des femmes qui entrent à l'Institut.

Il y a deux salles pour les opérations obstétricales : une pour les femmes saines, l'autre pour les femmes infectées, dans le service d'isolement. La division du service d'accouchements

en aseptiques et septiques sera très rigoureuse pour tout le personnel médical et secondaire.

Les salles des femmes en couches ne contiendront jamais plus de huit lits, le plus souvent trois ou quatre ; dans chacune des chambres il y aura de l'eau stérilisée chaude et froide fournie par l'usine centrale de l'Institut.

Le service des femmes infectées sera lui-même complètement séparé en deux divisions : une pour les formes légères, l'autre pour les formes graves de fièvre puerpérale. Une troisième division, ayant une entrée spéciale par la cour, sera destinée aux femmes en couches atteintes de fièvre éruptive, scarlatine, rougeole, etc.

Dans le service de gynécologie j'ai surtout admiré la future salle d'opération avec ses dépendances. Aucun luxe, aucun appareil compliqué pour la stérilisation de l'eau. Celle-ci vient d'une usine centrale formant un bâtiment à part et où se trouvent réunis les appareils de chauffage et d'éclairage électrique, les étuves, etc.

Par une disposition ingénieuse on peut facilement remplir à tout instant la salle d'opération d'un jet de vapeur sous pression pour un nettoyage complet et rapide de celle-ci.

Comme on le voit par ces quelques exemples, l'Institut obstétrical comptera non seulement en Russie mais dans toute ' Europe comme un modèle du genre ; le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est la dépense formidable qu'il entraînera. Le projet primitif prévoyait la somme de 5 millions de francs à peu près ; or j'ai appris par le professeur de Ott que la dépense va être majorée d'au moins un million et demi, ce qui reviendra en définitive à une dépense de 6 millions et demi !

Les cliniques obstétricales de l'Académie de médecine. — Pour l'enseignement obstétrical des étudiants en médecine, l'Académie, qui fait fonction de Faculté de médecine, dispose de deux cliniques.

Clinique du professeur Lébedeff. — Le nombre des lits est

de 30; la clinique, de même que toutes les cliniques de l'Académie, n'est ouverte aux malades que pendant le semestre académique, c'est-à-dire du 15 août au 1er juin.

La clinique occupe deux étages : un pour les femmes en couches, et où l'on fait toutes les interventions obstétricales, sauf les laparotomies; l'autre destiné à la gynécologie avec salle d'opération. La moyenne des accouchements par an est de 550. La pratique obstétricale à la clinique est à peu de choses près celle déjà citée de la Grande Maternité.

On emploie dans le service deux forceps : un pour le détroit supérieur, c'est le forceps de Breuss modifié en Russie par Palatebnoff. Au détroit inférieur on emploie le forceps de Simpson.

Comme toute l'école obstétricale russe, le professeur Lébedeff laisse évoluer les grossesses dans les bassins rétrécis jusqu'au terme, pour faire alors ou une application de forceps au détroit supérieur, ou la césarienne.

Le professeur Lébedeff n'a pas été très heureux dans ses symphyséotomies. Il en a pratiqué deux, une en janvier 1893, l'autre au mois de février de la même année ; je n'ai pu avoir de détails que sur le second cas. L'écartement des deux pubis fut de *sept centimètres ;* l'enfant fut extrait vivant par une application de forceps ; il pesait 4.400 grammes. La femme eut une hémorrhagie utérine immédiate très abondante et deux complications post-opératoires : une fistule vésico-vaginale et une réunion défectueuse de la symphyse. Depuis cet insuccès, le professeur n'a plus pratiqué l'opération de Sigault.

Deuxième clinique obstétricale de l'Académie. — Le titulaire de la chaire est le professeur Rein (de Kiew). L'organisation générale du service est à peu près celle de la clinique du professeur Lébedeff.

Dans le laboratoire de la clinique, le professeur Rein m'a montré un appareil dont il est l'inventeur et qui est destiné à provoquer une circulation artificielle dans les utérus frais de lapines, de chiennes.

L'appareil permet de régler la pression du liquide circulant

(sérum artificiel d'habitude) ; le professeur poursuit à l'aide de cet appareil des études sur l'influence de certains médicaments sur la contractilité de l'utérus.

Dans le même laboratoire j'ai pu voir des préparations d'un élève du professeur Rein, M. Strabanski, tendant à démontrer que les follicules de Graaf se forment dans *l'ovaire durant toute la période de la vie sexuelle* de la femme, théorie qui est en contradiction absolue avec les idées classiques actuellement admises (1).

Le professeur Rein s'est beaucoup occupé de questions d'hygiène hospitalière ; j'ai vu dans le laboratoire de sa clinique une tente en bois,dont le plafond est parcouru par un certain nombre de tuyaux d'eau ; à l'aide de petits arrosoirs adaptés à ces tuyaux on obtient une pluie fine qui, après avoir arrosé le plafond tombe sur le sol. Or les expériences du professeur Rein l'ont conduit à cette conclusion qu'après une pluie fine d'une heure, l'air de la tente est absolument *amicrobien.*

Partant de ce principe, le professeur Rein a installé dans la salle d'opération de sa clinique le système d'arrosoirs, et tous les matins la salle d'opération est nettoyée à l'aide d'une pluie fine d'une heure. J'ai vu une pareille installation à la clinique universitaire de Kiew, où le professeur Rein a exercé longtemps, et il m'a semblé qu'on obtient avec ce procédé, à peu de frais, un nettoyage parfait d'une salle d'opération.

Près de la salle d'opération se trouve une pièce où est installé un poly-autoclave d'après le modèle adopté par le professeur Pozzi à l'hôpital Broca.

De la pratique obstétricale du professeur Rein je ne retiens que les quelques particularités suivantes :

Contrairement à la plupart des accoucheurs russes, le professeur Rein ne fait pas d'application de forceps au détroit supérieur. Il laisse toujours évoluer les grossesses dans les bassins rétrécis jusqu'à terme, et il pratique alors l'opération césarienne.

(1) Le travail de M. Strabanski a été publié dans les *Comptes rendus de l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg*, septembre 1901.

Les asiles municipaux d'accouchements. — En dehors des grandes maternités, des cliniques de l'Académie et des services d'accouchements près des hôpitaux généraux, la ville de Saint-Pétersbourg a fondé dans chacun des arrondissements de la capitale de petits services d'accouchements dits « asiles municipaux d'accouchements », destinés surtout aux femmes des classes pauvres qui y viennent accoucher au dernier moment. Il y a actuellement à Saint-Pétersbourg treize asiles. Ils sont tous organisés sur le même modèle, et en décrivant un deux je les aurai tous décrits.

L'asile de la rue Rojdestvenski, par exemple, occupe tout un étage d'une modeste maison de rapport dans un quartier très populeux ; il est placé sous la direction du Dr Micherow, privat-docent. A leur arrivée, les femmes sont reçues dans une pièce bien éclairée où elles sont examinées sur une table à spéculum par la sage-femme de service.

Après l'examen, les femmes prennent un bain dans la même pièce, et de là elles gagnent une des trois chambres de six lits chacune; c'est là que les femmes accouchent et reçoivent les soins ultérieurs.

En communication directe avec les chambres des femmes en couches se trouvent deux pièces : l'une qui sert de bureau aux deux sages-femmes de garde et de pharmacie; c'est dans cette pièce qu'on pèse quotidiennement les nouveau-nés; entre le bureau et la première chambre des malades se trouve l'autre pièce, destinée aux interventions obstétricales courantes : forceps, délivrance artificielle, etc. Les femmes nécessitant des interventions graves sont évacuées sur la maternité la plus proche de l'asile.

Le personnel de l'asile se compose d'un médecin, de quatre sages-femmes, dont deux sont alternativement de garde, enfin de trois infirmières-servantes, pour le gros ouvrage.

L'activité de ces asiles va en augmentant chaque année. La municipalité publie tous les ans un compte rendu détaillé de l'activité des asiles, et j'y relève ces chiffres :

En 1883, le nombre des femmes accouchées dans les asiles

fut de 1.323 ; en 1888 ce nombre s'élève à 3.104 ; en 1896 à 5.741, et en 1900 à 9.297.

En dehors du compte rendu général, chaque accoucheur d'asile publie annuellement un rapport sur l'activité de l'asile placé sous sa direction. Voici un extrait du rapport du Dr Mihnow pour l'asile décrit plus haut et pour l'année 1898.

Ont été reçues durant l'année 1898 : 770 femmes.

Sont sorties avant l'accouchement : 11 femmes.

Sont sorties accouchées et bien portantes : 756 femmes.

Ont été transportées dans les hôpitaux : 3 femmes.

Comme interventions, sur 756 accouchées à l'asile, je trouve :

Dilatation manuelle du col afin de permettre une version podalique chez une femme atteinte de placenta prævia, 2 cas.

Rupture artificielle de la poche des eaux, 35 cas.

Version par manœuvres externes, 3 cas.

Versions par manœuvres internes, 6 cas :

2 pour placenta prævia,

2 pour présentations transversales,

2 pour procidence du cordon.

Expression du fœtus par le procédé de Kristeller, 2 cas.

Extraction du fœtus dans des présentations du siège, 26 cas.

Forceps au détroit inférieur, 13 cas.

Craniotomies, 3 cas.

Délivrances artificielles, 4 cas.

Quant *aux soins donnés aux femmes* en couches et aux nouveau-nés, ils ne diffèrent en rien de ceux donnés dans les Maternités.

Comme on le voit, l'art obstétrical et la gynécologie sont en pleine prospérité à Saint-Pétersbourg.

Pour l'enseignement, la capitale russe dispose de deux chaires d'obstétrique à l'Académie, d'une chaire d'obstétrique à l'Institut des femmes-médecins et de deux institutions de perfectionnement : l'Institut Impérial clinique du professeur de Ott et la Grande Maternité ; pour la pratique proprement

dite, trois grandes maternités, trois cliniques, de nombreux services d'accouchements et de gynécologie près des hôpitaux généraux (Obouchow, Kalinkin, etc.), enfin les treize asiles municipaux. Il se pratique annuellement dans les services d'accouchements de Saint-Pétersbourg plus de 20.000 accouchements, chiffre égal à celui des hôpitaux de Paris (1), ville dont la population est pourtant deux fois plus grande que celle de Saint-Pétersbourg.

La capitale de l'Empire russe possède donc un vaste matériel d'enseignement et de pratique; c'est grâce à cette circonstance que des spécialistes distingués s'y forment chaque jour sous la direction de maîtres éminents; c'est grâce à ce vaste matériel aussi que la science obstétricale, si florissante à Saint-Pétersbourg, a depuis longtemps cessé d'être tributaire de l'enseignement obstétrical de l'Occident.

En terminant, je prie MM. les professeurs Dimitri de Ott et Samchine de l'Institut clinique, Phénoménoff de la Grande Maternité, Lébedeff et Rein de l'Académie, d'agréer mes plus vifs remerciements pour leur bienveillant accueil et pour les renseignements qu'ils ont bien voulu me fournir sur le fonctionnement de leurs services respectifs et sur leur pratique personnelle.

Je remercie MM. les Drs Michnow et Konazewski de m'avoir guidé dans mes visites aux maternités et aux asiles d'accouchements de Saint-Pétersbourg.

---

(1) Le nombre des accouchements faits à Paris en l'année 1899 dans les services d'accouchements et chez les sages-femmes agréées est de 22.254.

SUR UN CAS
D'ENFONCEMENT OBSTÉTRICAL DE TOUT LE FRONTAL, AVEC FRACTURE
GUÉRI PAR LE RELÈVEMENT SANGLANT

Par MM. **Villard**, Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Lyon.
Pinatelle, Interne des hôpitaux de Lyon.

Si les enfoncements de la voûte cranienne observés en obstétrique sont relativement fréquents au cours des extractions laborieuses par manœuvres de forceps dans les rétrécissements du bassin, les interventions dirigées contre eux sont encore tout à fait exceptionnelles. Le plus souvent, les enfants sont laissés sans traitement, et l'évolution de la fracture du crâne abandonnée à elle-même.

Dans un très grand nombre de cas, les nouveau-nés succombent rapidement; lorsqu'ils survivent, c'est ordinairement avec des troubles intellectuels ou physiques, qui en font des idiots ou des infirmes.

Il paraît irrationnel, à première vue, d'avoir, dans ces faits, une conduite chirurgicale différente de celle qui est adoptée dans les traumatismes craniens avec enfoncements osseux chez l'adulte.

Cette idée a conduit récemment l'un de nous à intervenir d'urgence dans un cas d'enfoncement total du frontal gauche, avec fracture. La guérison a été obtenue sans incident, et nous avons pensé qu'il pouvait être utile de publier ce résultat susceptible de provoquer des tentatives analogues.

Mme X.., 35 ans, IIIpare, entre à la Maternité de la Charité, le 10 décembre 1901, au début de son 9e mois de grossesse. Nettement rachitique, elle ne mesure que 140 centimètres de taille, ses cuisses sont un peu arquées en dehors, les angles antérieurs

de ses côtes, saillants; pas de nouures ni d'autres malformations. Élevée en nourrice au biberon, elle aurait fait ses premiers pas à l'âge habituel, mais serait ensuite restée sans marcher jusqu'à l'âge de 4 ans. Pas d'autre antécédent pathologique à noter.

Son premier accouchement eut lieu le 1er avril 1893 à la maternité de Saint-Étienne, dans le service de M. Duchamp, qui fit accoucher prématurément la malade vers le 8e mois (son enfant est actuellement vivant). Puis, elle eut une fausse couche de deux mois en 1895; et, redevenue enceinte, accoucha spontanément à terme, le 21 octobre 1899, à la Maternité de la Charité de Lyon : (son second enfant, qui pesait 3.400 grammes, est également vivant). La grossesse actuelle a évolué normalement jusqu'ici; le promonto-sous-pubien mesure 10 centimètres, les autres diamètres ne paraissant pas rétrécis; il s'agit d'un bassin aplati pur de 8 1/4 à 8 1/2 centimètres, et l'indication qu'il comporte au premier abord est bien l'accouchement prématuré immédiat (c'est-à-dire à la fin du 8e mois); mais l'évolution normale du précédent accouchement à terme fait prévaloir le parti de la temporisation.

Le travail commence le 29 décembre, vers 10 heures du soir, et le lendemain, vers midi, on décide d'intervenir. Le travail date alors de 14 heures; la rupture de la poche de 6 heures (les bruits du cœur sont d'ailleurs normaux); mais, malgré les contractions utérines, la tête que l'on sent un peu grosse et surtout très ossifiée, reste fixée au détroit supérieur avec un début d'engagement. Elle se présente en transverse gauche, un peu antérieure, et légèrement inclinée sur le pariétal postérieur. Le col est complètement dilatable.

Anesthésie chloroformique. On fait une prise de forceps oblique, mastoïdo-frontale : le forceps saisit donc la mastoïde postérieure gauche, et le front antérieur (droit) et l'on commence les tractions. Celles-ci sont maintenues pendant 1/4 d'heure à 20 minutes; au bout de ce temps, la tête, qui, jusque-là, ne s'était abaissée qu'insensiblement, cède par deux ressauts brusques successifs et se dégage ensuite aisément. L'accouchement terminé, on constate, ainsi que le brusque déclanchement de la tête l'avait fait redouter, un enfoncement large et profond de la voûte, correspondant à la pression du promontoire. Sur la totalité de son étendue, et sur une profondeur maxima de 2 1/2 à 3 centimètres en effet, le frontal postérieur (frontal gauche) est enfoncé, depuis la suture fronto-

pariétale en arrière, jusqu'à l'arcade sourcilière en avant, jusqu'au voisinage de la suture médiane d'autre part. Le poids de l'enfant est de 3.600 grammes; et les diamètres de la tête, surtout augmentés dans le sens transversal, mesurent respectivement :

OF = 12; SM = 13 1/2; SOB = 10 1/2;
Bitemporal = 10; Bipariétal = 10 1/2.

L'enfant naît étonné, mais il se ranime après quelques excitations contrairement à ce que faisait prévoir le degré d'enfoncement du frontal. Celui-ci est tel, qu'une intervention quelconque, destinée au relèvement des fragments, paraît s'imposer. Aussi y procède-t-on immédiatement, en abordant l'enfoncement par sa partie postérieure, car la crainte d'hémorrhagie fait renoncer à l'accès facile de la suture médiane. Le cuir chevelu étant incisé jusqu'à l'os, une spatule est insinuée à plat, dans l'angle postérieur d'enfoncement, qui se trouve correspondre à la suture fronto-pariétale. L'instrument est conduit aisément assez loin en avant, en rasant l'os pour éviter la blessure de la dure-mère; il amène un suintement sanguin assez notable ; mais le relèvement est difficile à obtenir et n'est réalisé qu'à la partie postérieure. Pour pouvoir obtenir le redressement de la bosse frontale, une petite incision est faite au niveau de l'arcade sourcilière. C'est là que paraît avoir porté l'effort du promontoire, immédiatement en arrière du rebord orbitaire ; là, l'inflexion est maxima et son angle plus aigu ; il y a ici plus qu'enfoncement, il existe une véritable fracture sous-périostée avec deux ou trois esquilles mobiles. Entre elles, s'insinue aisément la spatule, et le relèvement est alors obtenu sans difficulté. Mèche de gaz, suture aux crins et pansement occlusif.

Les suites furent des plus simples. Aucun phénomène immédiat de shock; pas de température supérieure à 38°,2 (le 2e soir); point de symptômes nerveux secondaires. Au dixième jour, le premier pansement est fait, et les crins enlevés. La plaie n'est réunie que sur la moitié de sa longueur ; ailleurs, elle est soulevée par un hématome sous-jacent ; pas d'infection locale. L'enfant prend bien le sein et se développe normalement ; elle n'est en retard que de 75 grammes sur son poids à la naissance.

Nous n'insisterons pas, à propos de cette observation, sur les causes qui ont déterminé l'enfoncement du frontal. C'est

là l'histoire banale des rétrécissements du bassin déprimant la bosse frontale postérieure sur le promontoire. Le volume anormal des diamètres transversaux de la tête et l'ossification avancée de celle-ci n'ont pas permis son passage au travers de la filière pelvienne comme dans les deux accouchements antérieurs présentés par la malade.

Nous voulons seulement préciser certains points de la *technique opératoire* suivie pour redresser les fragments osseux, et analyser les *indications d'intervenir,* en nous appuyant sur ce que nous enseigne l'anatomie pathologique de ces fractures.

Tout d'abord, a-t-on déjà tenté le redressement des fragments, en pareille circonstance ? Nous avons recherché les documents que l'on possède sur ce point et nous avons trouvé quatre cas américains dus à Tracy Sainclair (1), Smith (2), Jennings (3) et les deux thèses récentes de Kassaboff (Paris, 1898), et de Prudhomme (Paris, 1900). Ces auteurs, contrairement à l'opinion ancienne de Pinard, concluent à l'intervention et au redressement des enfoncements obstétricaux de la voûte, même en dehors de tout signe de compression générale ou locale, si l'enfoncement est large ou profond, et ils rapportent, à l'appui de leur dire, 4 observations où l'on est intervenu. Trois de ces enfants ont survécu, et les accidents qu'ils présentaient cessèrent immédiatement ; un seul, rapporté par Penet, mourut quelques jours après, d'érysipèle. Les cas de guérison sont dus à Tapret, Boissard et Sechevron. Le malade de Tapret présentait, à la naissance, des signes de compression locale (exophtalmie, paralysie faciale) ; celui de Boissard, de la compression diffuse (il était exophtalmique et inanimé) ; celui de Sechevron, enfin, fut opéré au troisième jour seulement pour des mouvements convulsifs d'un bras.

(1) Tracy Sainclair, *Boston medic. and surg. Journ.*, 1885.
(2) Smith, *Americ. Journ. of Obstetr.*, 1893.
(3) Jennings, *Med. Record*, New-York, 1894.

Dans trois des cas, un manuel opératoire, identique à celui que nous avons suivi, fut adopté ; une spatule, glissée au-



Ce crâne, emprunté à la collection de la Clinique d'accouchements du professeur Fochier, est celui qui se rapproche le plus de notre cas.

dessous de la partie enfoncée, parvint à la relever. Seul, Tapret eut recours à l'action d'un tire-fond enfoncé au centre de la dépression osseuse. Quelques auteurs, pour de petits enfoncements, ont eu recours au *massage*, massage des dia-

mètres de la tête (méthode de Milne Murray, Munro Keer, *Glasgow Med. Journ.*, janvier 1901), massage local au voisinage de l'enfoncement (M. Fochier, communication orale), dans le but de rétablir la forme normale de la voûte par une action identique à celle que l'on exerce, dans le même but, sur de petits ballons de celluloïd enfoncés. Ce massage peut donner des résultats, mais seulement dans des enfoncements légers, et n'est nullement de mise pour des lésions aussi accentuées que dans notre cas.

Il faut alors pratiquer une véritable opération chirurgicale sanglante, et le meilleur instrument pour redresser la voûte nous paraît être une *spatule*, c'est-à-dire un instrument plat que l'on peut glisser au-dessous des fragments sans perdre le contact osseux, sans courir par conséquent trop de risques de léser la substance cérébrale. Le tire-fond, employé par Tapret, doit au contraire exposer davantage à la piqûre du cerveau, qui, par le fait même de la dépression osseuse, se trouve immédiatement au contact de la voûte. Pour glisser la spatule, il faudra utiliser, comme nous l'avons fait, soit une suture naturelle, soit le trait de fracture lui-même, en évitant, autant que possible, le trajet connu des sinus.

Quelles seront les indications de cette intervention ? On lui a reproché d'être inutile ou insuffisante ; — inutile, parce que quelques enfants survivent sans elle et ont pu être suivis pendant quelques années sans avoir présenté d'accidents ; insuffisante, parce que, souvent, la compression osseuse n'est pas tout, et qu'il existe aussi, fréquemment, des *épanchements sanguins intracraniens*, contre lesquels le redressement simple reste impuissant.

Nous croyons qu'il ne faut pas être aussi absolu. Schrœder donne, dans une statistique de 65 cas, 22 morts immédiates, 10 morts consécutives dans les jours suivants et 33 survies. Mais, dans ces derniers cas, on ne dit pas ce que ces enfants sont devenus dans la suite ; et, si quelques-uns n'ont pas présenté de troubles ultérieurs, combien ont dû offrir de l'idiotie ou des troubles convulsifs d'épilepsie jacksonnienne ?

D'autre part, si le rôle exact de l'hématome n'est pas nettement défini, il est rationnel de penser que la compression permanente de l'encéphale par un enfoncement non réduit doit déterminer, au bout d'un certain temps, des lésions définitives de la substance nerveuse, alors qu'une intervention précoce, supprimant la cause de compression, empêcherait ces altérations. Enfin, l'intervention par elle-même, au cas où il existerait un épanchement intracranien, ne créerait-elle pas une voie de drainage et d'évacuation de cet épanchement ? De fait, dans notre observation, une notable quantité de sang a suinté au niveau de l'orifice d'introduction de la spatule, et un hématome sous-cutané s'est constitué en ce point dans les jours suivants. On peut très bien admettre que cette collection avait pour origine un épanchement sanguin intracranien, en train de se produire.

Nous conclurons donc, avec Prudhomme (loc. cit.), *qu'en présence d'un enfoncement obstétrical de la voûte cranienne, il faut intervenir, même en l'absence de tout signe actuel de compression générale ou locale, si l'enfoncement est large ou profond. Le redressement des fragments qui compriment le cerveau s'impose, parce que : 1° plus de la moitié des enfants succombent, si l'on n'intervient pas ; 2° les survivants sont le plus souvent des dégénérés intellectuels ou physiques ; 3° l'opération supprime la compression cérébrale et permet de drainer les épanchements intracraniens ; 4° cette opération enfin, faite dans de bonnes conditions de propreté, est innocente.*

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

LA NÉPHROPEXIE

D'APRÈS EDEBOHLS

Dans le numéro de février 1902 des *Annals of surgery*, nous trouvons un important article de George-M. Edebohls que nous croyons intéressant de résumer ici (1).

Les relations qui existent entre le rein mobile et l'*appendicite* établissent la nécessité qu'il y a à enlever l'appendice vermiforme chez beaucoup de malades atteints de rein mobile. L'utilité qu'il y a à enlever l'appendice et à fixer en même temps le rein droit, par une même incision lombaire, en est le corollaire naturel.

Pour pratiquer cette *appendicectomie lombaire*, on ouvre le péritoine en dehors du côlon ascendant et l'on arrive à l'appendice en suivant une des bandes longitudinales de l'intestin.

Ce n'est pas toujours facile ; cependant Edebohls a pu le faire dans 52 cas sur 56 ; dans 2 cas, il ne put trouver l'appendice, dans un troisième il ne put le libérer suffisamment pour l'amener dans la plaie; dans le quatrième, il existait une collection suppurée et il dut se borner à l'ouverture de l'abcès.

Dans un certain nombre de cas il y aurait aussi, d'après Edebohls, *coexistence de la mobilité rénale et d'une affection des voies biliaires*. 4 fois, au cours d'une néphropexie, il constata cette coexistence (2 cas de calculs biliaires, 1 cholécystite chronique, 1 péricholécystite). Suivant lui, il est facile par l'incision lom-

---

(1) EDEBOHLS (GEORGE-M.), The technique of nephropexy, as an operation per se, and as modified by combination with lumbar appendicectomy and lumbar exploration of the bile passagers. *Annals of surgery*, N.-Y., 1902, t. I, p. 137.

baire d'explorer les voies biliaires en partant du duodénum et en suivant le cholédoque, les canaux hépatiques, le cystique et la vésicule. Il suffit pour cela d'agrandir l'incision péritonéale de l'appendicectomie lombaire. Ce n'est là toutefois qu'une voie exploratrice, car il semble difficile de traiter chirurgicalement les lésions des voies biliaires par la voie lombaire. Le mieux est, une fois le diagnostic fait et la néphropexie pratiquée, de retourner la malade et de faire, soit dans la même séance, soit dans une séance ultérieure, une incision antérieure.

La *technique de la néphropexie* comprend quatre points ; 1° le choix de la route à suivre ; 2° la préparation du rein pour la fixation ; 3° la préparation des parties auxquelles on veut le fixer ; 4° la méthode de fixation.

1° *Incision.* — La grande majorité des chirurgiens se contentent d'une incision située le long de la masse sacro-lombaire et allant de la 12e côte à la crête iliaque. L'incision ne doit pas ouvrir l'aponévrose du sacro-lombaire ; elle doit séparer, sans les couper, les fibres du grand dorsal, et plus profondément mettre à découvert les fibres du carré lombaire tout le long de son bord externe. Une incision du fascia transversalis, ou une déchirure de ses fibres avec un instrument mousse faite suivant leur direction, permet d'arriver sur la graisse périnéphrique et d'aborder le rein. Dans quelques cas, cette découverte est rendue difficile par ce fait que la 12e côte longue arrive très près de la crête iliaque, ce qui a conduit de Paoli et Duret à réséquer cette 12e côte. Il est facile de surmonter cette difficulté en entaillant le bord externe du carré des lombes plus ou moins. Un point important, pour éviter les douleurs et la dysesthésie que l'on a notées après quelques néphropexies, est de bien ménager les nerfs ilio-hypogastriques, les rejetant sous une des lèvres de la plaie.

2° *Préparation du rein.* — Le passage de fils à travers le tissu rénal détermine la production de bandes scléreuses dans ce tissu, peut être suivi de déchirures rénales, le plus souvent sans importance, mais cependant cause possible de fistules urinaires (Boldt, Villeneuve, Montgomery, Edebohls). Actuellement Edebohls résèque toute l'atmosphère graisseuse, puis il décortique la capsule propre et la conserve pour fixer le rein. Pour cela, il attire le rein avec son atmosphère graisseuse dans la plaie ; il dissèque et enlève toute cette graisse, mettant à nu dans toute son étendue la capsule propre. Il fait alors une petite incision de celle-ci, juste au milieu

du bord convexe du rein, et insinue à son niveau une sonde cannelée sous la capsule propre qu'il incise sur toute la longueur du bord convexe du rein allant jusqu'à découvrir la moitié de chacun des deux pôles, supérieur et inférieur. De chaque côté de cette incision, avec un instrument mousse il décortique la capsule jusque vers le milieu des faces et la renverse comme un revers d'habit.

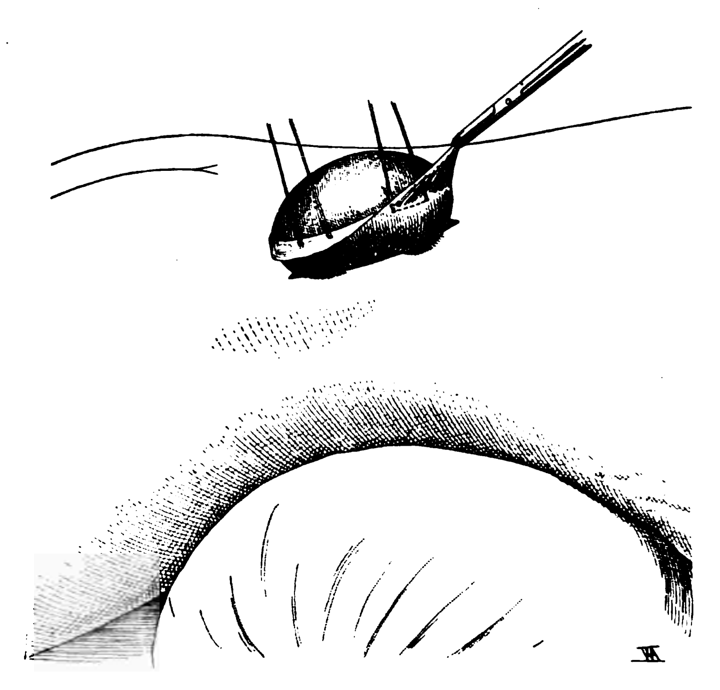


FIG. 1. — Le rein est amené à l'extérieur, partiellement décortiqué, les fils de suspension sont placés à la jonction de la partie décollée et de la partie adhérente de la capsule.

3° *Parties auxquelles on doit fixer le rein.* — Au début, on a cherché à fixer le rein aussi haut que possible. C'est inutile ; les symptômes morbides sont dus à la mobilité rénale et disparaissent complètement même quand l'organe est fixé à une certaine distance de sa situation anatomique normale. La fixation au carré des lombes semble très suffisante.

4° *Mode de fixation.* — Quatre anses de catgut sont passées à

travers la portion libérée de la capsule, tout près de sa partie adhérente, deux sur la face antérieure, deux sur la face postérieure du rein. Chacun des chefs de ces anses est ensuite repassé à travers les lèvres de l'incision musculaire de la paroi, les anses postérieures étant séparées des antérieures par un intervalle égal à l'épaisseur du rein. Les sutures internes passent à travers le carré lombaire et le sacro-lombaire, les externes, à travers le *fascia*

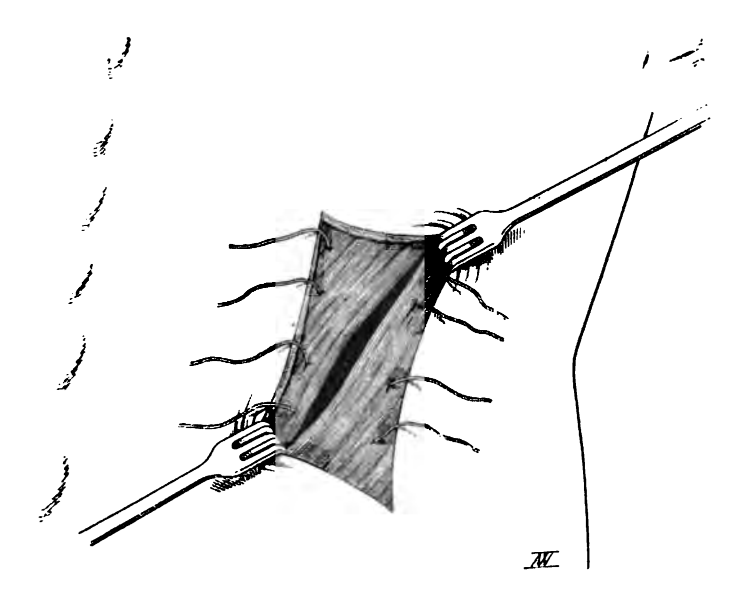


Fig. 2. — On voit, à droite et à gauche des fibres musculaires dissociées, les fils fixateurs en place, mais pas encore noués.

transversalis et le grand dorsal. Tous ces fils émergent de la face superficielle du grand dorsal à des distances correspondant à celles qui les séparent aux points où ils se détachent de la capsule propre. Ils sont pour l'instant laissés flottants et ne seront noués que plus tard.

Il faut tout d'abord fermer la plaie des muscles et du fascia, ce que l'on fera en suturant le grand dorsal et le fascia lombaire, qui constituent la lèvre externe de l'incision, au grand dorsal, à l'aponévrose non ouverte du sacro-lombaire et à celle ouverte du carré des lombes.

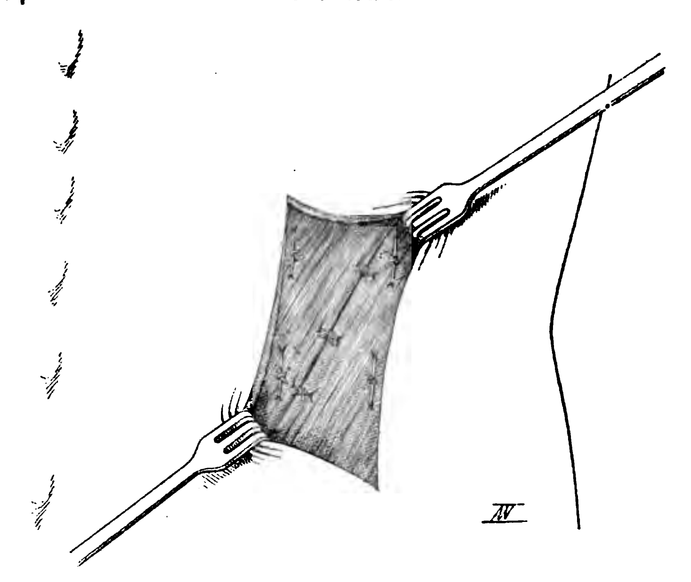


Fig. 3. — Les fils sont noués, la boutonnière musculaire rapprochée par des points séparés.

Cette suture faite, on noue l'un à l'autre les deux chefs de chaque anse fixatrice, les serrant doucement de manière à amener le rein dénudé au contact du carré lombaire.

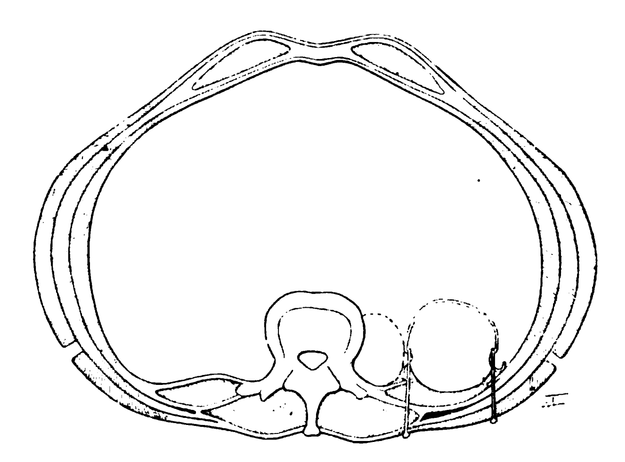


Fig. 4. — Vue en coupe du rein fixé.

La peau est réunie par une suture intradermique. Pas de drainage. Au bout de 3 semaines on laisse la malade se lever.

Edebohls a pratiqué 193 néphropexies avec 3 morts, soit 1,55 p. 100 ; 52 fois la néphropexie avait été combinée à une appendicectomie. 183 fois il s'agissait de femmes et 3 fois seulement d'hommes (1).

H. H.

(1) A la fin de l'article d'Edebohls se trouve un important index bibliographique.

REVUE ANALYTIQUE

Recherches sur l'anatomie et la physiologie de la mamelle. KEIFFER, *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1901, t. XII, n° 3, p. 53. — Cette étude intéressante, qu'accompagnent plusieurs figures microphotographiques, porte sur les points suivants : 1° système nerveux glandulaire ; 2° système vasculaire ; 3° épithélium glandulaire. Voici les résultats auxquels elle a conduit, et que nous présentons très résumés :

1° *Système nerveux glandulaire.* — Dans le mamelon existent, comme dans la peau, mais avec un développement énorme, *deux espèces d'éléments nerveux* : *a*) l'une constituée de petites cellules et de filets cylindraxiles organisés en petits plexus dans le tissu conjonctif du mamelon, et disposés particulièrement le long des vaisseaux, dans le voisinage des glandes sébacées et mammaires auxquelles ils fournissent des filets, dépendance très vraisemblable du système nerveux sympathique vaso-moteur ; *b*) l'autre, constituée de fibres nerveuses longitudinales par rapport au mamelon, non interrompues par des cellules et fournissant sur leur trajet, par dissociation de leurs fibrilles, des filets aux muscles, aux glandes, aux couches profondes de l'épiderme, dépendance probablement du système nerveux sensible d'origine spinale.

Physiologie. — Ce sont exclusivement les pinceaux de fibrilles nerveuses, à renflements terminaux, de l'épiderme qui reçoivent l'excitation sensible et la transmettent à la moelle et au cerveau par l'intermédiaire de leurs neurones dans le ganglion spinal correspondant. La réponse consiste en une réaction sécrétoire sur les glandes mammaires par l'intermédiaire des nerfs mammaires et en une réaction vaso-motrice par l'intermédiaire des plexus sympathiques, réactions vraisemblablement contemporaines, simultanées, concourant aux divers actes : congestion vasculaire, maturation, sécrétion du lait, excrétion du lait fait et aussi expulsion du lait par réaction motrice se passant dans les muscles des canaux galactophores et du mamelon.

CONSÉQUENCES. — Les conditions qui réalisent ces excitations de

la sensibilité mammaire (pincement, succion, massage, etc.) favorisent la sécrétion du lait, tandis que celles qui diminuent cette excitabilité locale ou spinale l'amoindrissent (cocaïne, morphine, antipyrine, belladone, etc.).

2° *Système vasculaire.* — M. Keiffer, dont les recherches histologiques ont porté sur des mamelles de chiennes, y a constaté un système circulatoire qui n'est pas très différent de celui des glandes en général et des glandes acineuses composées en particulier. Il offre cependant des particularités intéressantes subordonnées à son énorme développement et à la présence de muscles intramammaires. L'énorme développement, et vraisemblablement l'irrégularité de l'excitation produite par des petits plus ou moins nombreux et tétant à des moments très variables, font que la répartition sanguine dans la mamelle est très inégale. Les muscles, d'autre part, doivent certainement renforcer ou diminuer la *vis a tergo* d'une manière utile au fonctionnement de l'organe.

3° *Épithélium glandulaire. Sécrétion du lait.* — Au stade de repos l'*épithélium* glanduleux est constitué d'une seule rangée de cellules prismatiques, à protoplasme fortement granuleux et pourvues d'un noyau ayant beaucoup d'affinité pour les matières colorantes, noyau sphérique et central. La cavité délimitée par cette rangée de cellules forme l'alvéole qui est réduit le plus souvent à une simple fente. Quand la glande entre en activité, le volume des cellules augmente et le noyau devient le siège de modifications qui caractérisent la division cynétique. Peu à peu les produits de division épithéliale remplissent l'alvéole, augmentent sa masse. Les cellules filles issues, de la périphérie de l'acinus, gagnent le centre et se divisent à leur tour, transformant ainsi l'acinus primitif en une masse considérable de cellules épithéliales semblables. Il n'existe plus alors que deux espèces d'éléments cellulaires : les uns, formant l'assise périphérique, les autres, les cellules centrales et à noyaux plus pâles. On observe alors une tendance générale des noyaux à se diviser, tandis que le protoplasma pâlit et que les limites cellulaires deviennent moins visibles. Peu à peu les enveloppes cellulaires disparaissent, sauf entre les cellules de l'assise superficielle. Les noyaux qui ont survécu, maintenant nagent dans une masse qui fut le protoplasme cellulaire et qui est actuellement représentée par deux substances tendant à se séparer : l'une amorphe, légèrement pénétrée par la matière colorante, l'autre grasse, inco-

lore, réfringente et où se trouvent encore de nombreux noyaux entiers ou réduits à quelques noyaux chromatiques ayant conservé leur puissance chromatophile. L'assise cellulaire périphérique, de prismatique qu'elle était, s'est affaissée au point de ne plus former qu'une fine lamelle de cellules plates à noyaux en bâtonnet. Il est probable qu'à ce moment le lait est constitué, que l'épithélium glandulaire a terminé sa fonction. Peut-être joue-t-il encore le rôle d'une membrane dans les échanges osmotiques qui se passent entre le sang et la substance laiteuse intra-alvéolaire, mais son rôle morphologique paraît terminé.

L'alvéole énormément distendu comprime en ce moment ses capillaires périphériques ; sa pression est probablement telle que spontanément, ou sous l'influence de la pression des alvéoles voisins, il se vide dans la loge voisine et de là dans le canal excréteur. Une fois vidé, l'alvéole paraît soumis aux pressions d'alentour ; mais son épithélium va pouvoir bientôt reprendre son aspect primitif et parcourir à nouveau le même cycle.

Le *lait* serait le résultat d'une prolifération cellulaire considérable de l'épithélium des acini glandulaires, d'un gonflement énorme de tous les éléments cellulaires aux dépens des liquides hématiques en circulation au moment de la lactation et d'une transformation, *sous l'influence spécifique du noyau*, de tout le protoplasma cellulaire ainsi enrichi. Au moment où le lait sort des glandes mammaires, il semble être, grâce à la présence des noyaux encore colorés, et par conséquent en fonction, non un produit de sécrétion, mais un véritable tissu vivant dont les limites élémentaires auraient disparu.

R. L.

Section césarienne, méthode conservatrice (Cæsarean section, conservative method). HELLIER, *British med. J.*, novembre 1901, p. 1340. — Il s'agit d'une femme de 23 ans, IIpare, dont le 1er accouchement avait été terminé par craniotomie. Bassin plat, petit, rachitique. L'opération fut pratiquée une dizaine d'heures après la rupture des membranes, quelques heures après le début du travail. On avait constaté que le cordon de l'enfant prolabait et qu'il y avait du méconium dans le vagin. *Opération.* La paroi abdominale, mince, fut incisée avec soin. L'utérus fut ouvert sur la ligne médiane, incision de 11 centimètres environ. L'enfant fut extrait sans trop de difficulté. A ce moment, la compression digitale suffit

pour réprimer l'hémorrhagie. Le placenta, inséré en arrière, fut extrait assez aisément. Mais, à ce niveau, l'hémorrhagie fut assez difficile à maîtriser. On plaça un lien élastique sur le col, et l'utérus fut attiré en haut et en avant. On pratiqua la suture de l'ouverture utérine au moyen de 10 sutures profondes à la soie, passant tout près de la muqueuse, et de sutures superficielles, intermédiaires. Avant de serrer la dernière,*comme l'utérus était flasque, on le lava avec de l'eau chaude à 46°.*

Le lien élastique enlevé et l'utérus vidé ayant été comprimé, il ne se produisit plus qu'une faible hémorrhagie. A l'aide d'une suture continue au catgut, les lames péritonéales furent suturées au-dessus de la série des fils de soie, ceux-ci devenant, de ce fait, enfouis. Avant de replacer l'utérus dans le ventre, *on arrosa sa surface avec de l'eau boriquée chaude, ce qui accentua notablement la contraction utérine.* Fermeture de la paroi abdominale. L'enfant, un garçon bien développé, ne put être ranimé quoi qu'on fît. Pour la mère, les *suites de couches* furent aussi heureuses que possible. L'auteur note deux points qui,dans ce fait, lui paraissent plus dignes d'attirer l'attention : 1° Au point de vue des intérêts de l'enfant, il eût été préférable d'intervenir avant le début du travail ; 2° le contact de l'eau chaude, à 46° environ, a manifestement accentué le pouvoir de contraction de l'utérus.

R. L.

Anatomie et histologie de la grossesse tubaire. CORNIL et WEINBERG, *Revue de gyn. et de chirurg. abdominale*, 1901, n° 5, p. 713. — Les auteurs ont utilisé un certain nombre de pièces pathologiques, dont quelques-unes très rares, deux surtout, l'une appartenant à une grossesse de trois semaines, l'autre de six semaines. Et ils se sont surtout efforcés de préciser certains points d'histologie encore mal connus : structure du pôle libre de l'œuf, disposition de la caduque réfléchie, formation du syncitium, modification de l'épithélium cylindrique de la muqueuse tubaire au niveau du pôle libre de l'œuf comme dans les parties de la trompe qui sont voisines. De multiples figures permettent de suivre facilement le détail des descriptions histologiques.Voici le résumé des constatations faites :

a) Structure du pôle libre de l'œuf. — En allant de la cavité de la trompe vers l'amnios, on trouve : 1° la couche muqueuse adven-

tice, tapissée d'épithélium et doublée du tissu conjonctivo-vasculaire d'origine maternelle ; 2° la caduque réfléchie; 3° les villosités choriales partant de la caduque réfléchie ; 4° les villosités choriales vraies d'origine fœtale ; 5° l'amnios.

b) Caduque séroline. — A ce niveau, plus trace d'épithélium tubaire. La sous-muqueuse de la trompe a subi la transformation déciduale. Par places, couche très nette de grandes cellules claires, à gros noyaux arrondis, éléments rappelant les cellules déciduales de la grossesse utérine. Il n'y a pas, comme dans l'utérus gravide, deux couches distinctes : 1° compacte ; 2° spongieuse ; celle-ci manque, ce qui s'explique par l'absence de glandes dans l'oviducte. En certains cas, la sérotine tubaire, *comme l'utérine*, pousse des villosités maternelles, reconnaissables au fait qu'elles partent directement de la trompe et qu'elles renferment des cellules déciduales. Parfois la caduque sérotine est recouverte par une couche assez épaisse de cellules de Langhans, dans laquelle on reconnaît des plaques plasmodiales de syncitium. C'est par ces placards de cellules de Langhans proliférées que s'attachent les villosités choriales à la caduque. On trouve encore de grands placards syncitiaux dans l'épaisseur de la caduque et situés très profondément. En raison de la situation souvent profonde dans la caduque des masses syncitiales et de leurs rapports intimes avec les éléments déciduaux de la caduque, les auteurs inclinent à admettre qu'elles se forment sur place et aux dépens des cellules déciduales de la sérotine : elles seraient donc d'origine maternelle. Les villosités choriales pénètrent profondément dans la paroi de la trompe, en suivant la voie des vaisseaux sanguins ; on trouve, en effet, la coupe transversale ou plus ou moins oblique de ces villosités dans les vaisseaux dilatés de la trompe, même dans les régions sous-péritonéales. Un grand nombre de vaisseaux de la paroi tubaire, du côté de l'insertion de l'œuf, sont tapissés à leur intérieur, en partie, par des plaques protoplasmiques polynucléées, absolument identiques au revêtement syncitial et alternant par places avec de véritables cellules endothéliales vasculaires. *On trouve même le revêtement plasmodial dans les vaisseaux où l'on ne rencontre pas de villosités choriales.*

c) Lésions de la trompe à proximité du sac gravide. — Modifications constantes. Hypertrophie considérable de la muqueuse. Engorgement et souvent ectasies énormes des vaisseaux (apparence de

kystes sanguins). Cavités formées par la soudure, l'anastomos des replis tubaires ; cavités souvent, par ruptures vasculaires, gorgées de sang et pouvant communiquer avec la cavité de la trompe. Les hémorrhagies peuvent dissocier les éléments constitutifs de la trompe, éléments conjonctifs épithéliaux, musculaires. D'autre part, la compression qu'elles exercent sur les éléments épithéliaux peut, de cylindriques, les amener à être cubiques, pavimenteux. Chaque fois que la paroi tubaire était assez conservée, on put constater, à son niveau, des lésions inflammatoires aussi bien du côté de l'insertion de l œuf qu'en dehors d'elle (foyers d'infiltration leucocytaire diffus, souvent disposés autour des vaisseaux). Souvent les vaisseaux présentaient des lésions d'endartérite végétante, allant en certains cas jusqu'à une oblitération complète. R. L.

Kyste dermoïde de l'ovaire droit chez une fillette de 14 ans. — Torsion du pédicule. — Occlusion intestinale. — Extirpation. — A. Machard, *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1901, n° 10, p. 615.

Obs. — 14 ans, pas réglée. Depuis 1 an environ, *douleurs abdominales*, revenant à *intervalles réguliers*, s'accompagnant de vomissements bilieux. Depuis 5 jours obstruction intestinale précédée de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. La douleur s'irradie ensuite au côté gauche et se localise plus particulièrement dans la fosse iliaque. « Les lèvres sont cyanosées, le nez pincé, le pouls misérable et les extrémités froides. Une tuméfaction globuleuse, à limites diffuses à la vue et à la palpation, occupe l'hypochondre gauche. Cette tuméfaction s'étend de l'ombilic à 2 travers de doigt au-dessus du pubis ; elle déborde la ligne médiane à droite d'un travers de doigt, à gauche elle remplit à peu près toute la fosse iliaque, etc. Sa consistance est dure, élastique, égale et fluctuante, sa surface est lisse, la peau est mobile sur la tumeur ; celle-ci ne peut être mobilisée sur les parties profondes. Tout l'abdomen est très douloureux à la palpation, la fosse iliaque gauche est le siège de douleurs spontanées aiguës. Léger ballonnement sus-ombilical ; la fosse iliaque droite paraît souple. Pas de contracture des muscles abdominaux. Le toucher rectal ne donne pas de renseignements. La malade n'a pas uriné depuis hier. Le cathétérisme donne 500 grammes d'urine foncée. T. 36°,7. »

On pense à une collection purulente enkystée, suite de pérityphlite, ou à une obstruction par tumeur ; on fait la *laparotomie*, intervention qui permet d'extirper un *kyste dermoïde* de l'ovaire droit, multiloculaire, contenant de la matière sébacée, des cheveux, deux ongles, et une masse osseuse sans forme déterminée, avec de nombreuses aspérités peu développées, mais très aiguës, implantée dans la coque.

L'auteur relève, comme la particularité la plus notable de ce cas, le jeune âge de la malade : 14 ans et non menstruée.

En ce qui concerne la torsion du pédicule, pour laquelle on ne

peut invoquer les causes ordinaires (grossesse, ponction du kyste, arrêt de la menstruation, etc.), il pense qu'on peut mettre en cause la longueur, la gracilité du pédicule et le poids de la tumeur ainsi que les congestions non pas menstruelles, mais prémenstruelles qu'on est autorisé à admettre en raison des crises abdominales, à intervalles périodiques, qu'avaient subies la malade. Enfin, l'auteur estime que les accidents produits par la torsion du pédicule auraient probablement amené une issue fatale par hémorrhagie et péritonite, si la laparotomie n'avait pas été pratiquée.

R. L.

De la cocaïne en pratique obstétricale (Cocaïn in der Geburtshilflichen Praxis). F. Westphalen, *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 37, p. 1028. — L'auteur relate le fait suivant :

Obs. — Il fut appelé auprès d'une Ipare, 22 ans. chez laquelle la dilatation, en dépit de contractions utérines violentes, presque discontinues depuis 12 heures, restait aux dimensions d'un mark : tête fœtale profondément engagée, non volumineuse, orifice externe à bord mince, peut-être un peu rigide ; au niveau de la muqueuse cervicale, plusieurs polypes muqueux, à fin pédicule, de la grosseur d'une cerise. Eaux écoulées ; suture sagittale dirigée transversalement. Contractions extrêmement douloureuses, tétaniques. Dans les intervalles, douleur incisive au-dessus de la symphyse.

Prescription : 0.03 cent. de *cocaïne* en suppositoire. Immédiatement, régularisation des contractions. Dans les intervalles. calme. Terminaison de l'accouchement 1 heure 1/4 après l'application cocaïnée.

L'auteur emploie depuis 2 ans la cocaïne en suppositoires dans les cas où, la dilatation étant complète ou à peu près, la contraction abdominale fait défaut, est défectueuse, lorsqu'en outre les contractions utérines sont convulsives et que, entre les douleurs, des douleurs vives persistent. Après l'application des suppositoires, la régularisation des douleurs s'établit au bout de 4 à 10 minutes. La contraction abdominale apparaît dans le même temps et en général se maintient énergique.

Jamais il ne fut observé de symptômes d'intoxication. Toutefois, comme on nota avec l'emploi de $0^{gr},3$ de cocaïne une légère mydriase, l'auteur s'en tint en général à cette dose. En quelques cas, un second suppositoire fut appliqué 1 heure 1/4 après le premier.

En aucun cas, il n'y eut affaiblissement des contractions utérines, l'action thérapeutique se borna à la régularisation du travail et à la cessation des douleurs anormales. R. L.

Du poids de l'arrière-faix et du fœtus à terme et de leurs rapports réciproques. P. Sfameni, Ext. des *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 9. — Travail soigneux, fait avec les matériaux de l'Institut obstétrico-gynécologique de Pise (Prof. E. Pinzani). L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le poids de l'arrière-faix, *à terme*, se répartit comme suit : placenta, 408 grammes ; membranes, 49 grammes ; cordon ombilical, 33, le poids moyen des fœtus correspondants étant 3.175 grammes. le rapport entre le poids du fœtus et celui du placenta étant exprimé par la fraction $\frac{7,78}{1}$.

2° Il ressort des statistiques étudiées par l'auteur que, normalement, *toutes les parties de l'œuf* se développent parallèlement, c'est-à-dire que *lorsqu'une partie de l'œuf est plus développée, toutes les autres le sont aussi.*

L'œuf a, dès le principe, une tendance à se développer plus ou moins dans toutes ses parties, tendance qui, toutefois, peut être favorisée ou réprimée par telle ou telle circonstance contingente.

3° Quand on classe les faits par catégories, si l'on prend par exemple le poids du placenta pour base d'appréciation, on reconnaît sans doute que le poids du fœtus augmente quand augmente celui du délivre, mais on constate aussi que le rapport n'est pas constant, qu'il varie même beaucoup d'un groupe à l'autre. Toutefois, les variations obéissent à une loi : en effet, si on l'observe, en allant des catégories comprenant les placentas les plus petits à celles renfermant les plus grands, on voit que ce rapport (celui du poids du fœtus à celui du poids du placenta), augmente régulièrement.

4° On sait que les femmes jeunes et primipares ou ayant eu peu d'enfants, ont en général des enfants plus petits que des femmes plus âgées et multipares. Or, des statistiques, il résulte que la différence n'affecte pas seulement le fœtus, mais qu'elle porte sur toutes les autres parties de l'œuf, ce qui revient à dire : parturientes jeunes, primipares ou paucipares ont des œufs plus petits que les parturientes plus âgées et pluripares.

5° Dans les cas de placentas avec concrétions calcaires, on constate que les fœtus sont un peu plus développés par rapport aux autres. Que d'ailleurs la différence s'accuse dans le même sens pour toutes les autres parties de l'œuf (placenta, membranes, cordon).

6° Les observations de l'auteur ne font, en outre, que confirmer ce fait que les femmes enceintes qui, dans les derniers temps de la grossesse, fatiguent peu et qui ont du bien-être accouchent d'enfants plus gros que celles qui fatiguent et subissent des privations, alors même que, dans le 1er cas, les placentas sont moins développés. *Il est donc utile que les femmes enceintes soient, au moins dans les derniers temps de la gestation, à l'abri des fatigues et assurées, en outre, d'une alimentation suffisante.*

R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique obstétricale, par le Dr QUEIREL, Paris, 1902, G. Steinheil, éditeur. Les lecteurs du journal ont eu maintes fois l'occasion de constater les qualités qui distinguent les travaux cliniques du professeur Queirel; aussi est-il inutile d'insister beaucoup sur ce point. D'autre part, il suffit d'énumérer les titres de ces leçons pour se persuader combien elles doivent renfermer d'enseignements utiles, non seulement pour l étudiant en fin d'études, mais aussi pour le praticien : *de l'antisepsie obstétricale, indications et conditions d'une application de forceps, conduite à tenir dans les bassins viciés, de la basiotripsie, la symphyséotomie et le forceps au détroit supérieur, de l'hématocèle pelvienne, grossesse extra-utérine, de la rigidité du col, de l'inversion utérine, de la môle vésiculaire, thrombus pédiculé du vagin, de la procidence du cordon, du céphalotome, du purpura, de l'ophtalmie congénitale, tuberculose et grossesse, de l'infection puerpérale, infection puerpérale et éberthienne.*

Comme on le voit, il s'agit là, en général, de questions qui touchent directement aux points les plus importants de la pratique. M. Queirel apporte à leur solution sa grande expérience clinique et aussi une manière de jugement bien personnelle, qui donne beaucoup d'intérêt à la lecture de ces leçons. R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris-Tours, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES
DANS LA CURE DE L'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE ANCIENNE

Par le Docteur **M. Oui**,
Professeur agrégé à l'Université de Lille.

Introduction.

Au mois de juillet 1900, j'opérais par colpo-hystérotomie antérieure, avec un plein succès, une femme atteinte depuis cinq mois d'inversion utérine et chez laquelle le taxis avait échoué. Six semaines après, j'intervenais de la même façon chez une femme dont l'inversion remontait à dix-sept mois.

Ce n'est qu'après ces interventions que j'avais connaissance de l'opération faite, par Spinelli, suivant ce procédé.

Recherchant, alors, des renseignements sur les différentes opérations pratiquées pour réduire l'inversion utérine chronique, je constatai que beaucoup s'étaient trouvés dans le même cas que moi et avaient même publié comme des nouveautés des méthodes déjà anciennes.

J'ai pu réunir, après de laborieuses recherches, un certain nombre d'observations. Sur ces documents, que je crois à peu près complets, j'ai basé l'étude des différentes opérations conservatrices employées pour obtenir la cure de l'inversion utérine chronique; c'est sur eux que j'appuierai mes conclusions (1).

(1) Ces conclusions ont paru ici même dans un travail intitulé : *Traitement de l'inversion utérine.* (*Congrès d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Nantes*, 1901). La partie concernant l'inversion ancienne et son traitement opératoire y était forcément écourtée. C'est ce chapitre que je publie aujourd'hui avec les développements qui m'ont paru nécessaires.

I. Anatomie pathologique. — La première question qui se pose lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une inversion utérine chronique irréductible, c'est celle de savoir si une intervention conservatrice est vraiment justifiée, si les modifications subies par l'utérus, du fait même de l'inversion, sont assez peu profondes pour qu'il y ait intérêt à le conserver ou s'il n'est pas préférable de supprimer un organe devenu inapte à remplir les fonctions qui lui sont dévolues. Conserver un organe très profondément atteint, qui occasionnera des souffrances sans rendre des services, c'est faire de mauvaise chirurgie.

C'est cette question préliminaire, d'importance primordiale, que nous allons examiner tout d'abord, en nous appuyant sur les constatations anatomiques qui ont pu être faites et aussi sur l'histoire des malades consécutivement aux opérations subies.

Les recherches anatomiques, ou plutôt histologiques, sont peu nombreuses, et les principaux travaux faits sur ce sujet sont ceux de Francesca Venturini, de Stefano Francese et de Switalski.

L'examen de Francesca Venturini (1) a porté sur un utérus inversé depuis neuf mois et enlevé par Spinelli après de vaines tentatives de réduction par la voie abdominale. Voici, résumées, les constatations les plus importantes faites sur cette pièce :

L'épaisseur de la paroi utérine est augmentée (2 centimètres environ), la muqueuse est rude et hyperhémiée.

Les coupes de cette muqueuse, examinées au microscope, montrent des glandes augmentées de volume, transformées parfois en petits kystes. De nombreuses glandes sont très sinueuses et leur paroi est revêtue d'un épithélium fortement proliférant. Le tissu connectif interglandulaire est en partie infiltré de petits éléments leucocytaires. En d'autres points, on constate une prolifération active des éléments fixes.

---

(1) *Archiv. ital. di ginec.*, 1898.

Ce tissu connectif est parcouru par de nombreux vaisseaux sanguins. On y remarque des vaisseaux et des lacunes lymphatiques dont l'endothélium a, dans quelques points, proliféré de telle façon que la lumière des vaisseaux en est obstruée.

Quant à la paroi musculaire, l'examen montre que, dans les couches les plus voisines de la muqueuse, il y a hypertrophie des éléments musculaires, hypertrophie qui n'existe pas dans les couches voisines de la séreuse péritonéale.

Mais ce qui frappe le plus, c'est l'accroissement du tissu conjonctif. Les faisceaux conjonctifs sont hypertrophiés, formant un réseau trabéculaire qui sépare les faisceaux musculaires. Cette hypertrophie est surtout accusée dans le tissu conjonctif périvasculaire et tout particulièrement autour des veines.

Dans les couches les plus superficielles de la musculeuse, sous la muqueuse, on observe des lacunes lymphatiques assez considérables pour que les tissus revêtent, en certains points, un aspect caverneux.

L'hyperplasie du tissu conjonctif va en augmentant de la muqueuse à la séreuse. C'est à ce niveau qu'elle est le plus considérable.

La trompe présente les mêmes lésions périvasculaires que l'utérus.

Dans l'ovaire, qui est sensiblement augmenté de volume, épaississement de l'albuginée et augmentation hyperplastique de tout le stroma de l'ovaire. L'hyperplasie porte sur les couches superficielles. Dans la profondeur de l'organe, le tissu conjonctif a pris une disposition radiée. Les mailles de ce tissu, qui a une apparence myxomateuse, sont infiltrées de sérosité. Au centre de la glande, larges espaces avec persistance de gros corps jaunes. Au milieu de ces tissus, sections de vaisseaux sanguins épaissis et de follicules vides ou contenant un ovule en voie d'évolution.

Les modifications caractéristiques observées par Francesca Venturini, celles que nous devons retenir, sont donc les suivantes :

La muqueuse est peu modifiée. Elle est hyperhémiée ; mais son revêtement épithélial a conservé ses caractères, partout où il existe. L'épithélium glandulaire a proliféré en conservant sa forme cylindrique.

Les fibres musculaires sont hypertrophiées au voisinage de la muqueuse, légèrement atrophiées, au contraire, au voisinage de la séreuse. C'est en ce point également que se rencontrent plus accentuées l'hyperplasie du tissu conjonctif et la sclérose périvasculaire.

Quant aux lésions de l'ovaire, il semble bien qu'il ne s'agisse que d'un œdème, causé par les troubles circulatoires que provoque l'inversion utérine en déterminant une forte traction sur les ligaments larges et sur les vaisseaux qui y sont contenus.

On le voit, les lésions sont médiocres, sur cet utérus inversé depuis neuf mois. Ce sont les lésions parfaitement curables de la métrite glandulaire et en même temps des lésions de sclérose liée probablement à des troubles circulatoires et que le rétablissement de la statique utérine doit améliorer et même guérir complètement.

Il en est de même des lésions ovariques. La présence, dans les follicules, d'ovules en voie d'évolution, montre bien que les fonctions de l'organe sont conservées.

Les recherches de Stefano Francese (1) sont beaucoup moins complètes, n'ayant porté que sur des fragments de muqueuse recueillis par raclage à la surface d'un utérus inversé. Ce qui constitue l'intérêt de ce travail, c'est la date ancienne de l'inversion (4 ans).

Francese a constaté sur les fragments de muqueuse qu'il a examinés : la transformation en épithélium plat de l'épithélium de revêtement de la muqueuse utérine ; par places, la dégénérescence hyaline de cet épithélium et même sa nécrose ; la disparition complète des glandes, l'infiltration leucocytaire et la désagrégation du tissu connectif ; la présence de nom-

---

(1) *Archiv. ital. di ginecol.*, avril 1899.

breux vaisseaux de néoformation à parois fragiles, dont la rupture a donné lieu à des infiltrations sanguines étendues.

Entre ces deux travaux, il convient de faire une place aux constatations de Ruge (1) et de Switalski (2) montrant sur l'utérus chroniquement inversé l'atrophie de la partie superficielle des glandes et la prolifération des culs-de-sac glandulaires qui s'enfoncent dans la musculeuse et, dans les cas très anciens, la transformation en épithélium plat, plus ou moins stratifié, de l'épithélium de revêtement de la muqueuse utérine.

De l'ensemble de ces faits, quelques conclusions peuvent se dégager.

Sous l'influence des troubles circulatoires liés à l'inversion, du fait de l'infection, des traumatismes tels que le frottement sur les parois vaginales, le coït, il se produit dans l'utérus des lésions inflammatoires et des lésions nutritives qui aboutissent au bout d'un temps très long à la dégénérescence de l'épithélium et à sa nécrose, nécrose qui comprend le tissu conjonctif.

Il semble donc, à s'en tenir aux constatations de Stefano Francese, que, au bout de quatre ans, un utérus inversé est si profondément atteint que sa conservation n'offre plus un réel intérêt et que l'amputation en serait parfaitement légitime.

Et cependant, chez l'opérée de Spinelli, malgré l'intensité des lésions de la muqueuse constatées par Francese, la menstruation s'est rétablie dans des conditions normales, preuve évidente que la muqueuse s'est régénérée.

Ce rétablissement des règles est d'ailleurs noté dans nombre d'observations et, ce qui est plus concluant encore, des grossesses se sont produites en assez grand nombre chez des femmes guéries d'inversions déjà anciennes. Tels les cas de Barnes (3), de Courty (4), de Sims, de Duret (5) et, remarquable entre

(1) C. Ruge, in Schröder, *Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.*
(2) Switalski, *Centr. f. Gynæk.*, 1898.
(3) *Traité clinique des maladies des femmes.* Trad. Cordes, 1876, p. 614.
(4) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1872, p. 920.
(5) Bonie, Th. Paris, 1901.

tous, le cas de la malade guérie par Tyler Smith (1) et qui devint enceinte après avoir eu pendant onze années l'utérus en inversion.

Ce dernier cas montre assez combien longtemps l'utérus inversé peut rester indemne ou tout au moins capable de récupérer son intégrité fonctionnelle.

Aussi, tout en reconnaissant l'intérêt des recherches anatomo-pathologiques des auteurs que nous avons cités, pensons-nous que ces travaux ne sont pas tels qu'ils puissent élucider cette importante question. La clinique, au contraire, nous fournit des cas démonstratifs et nous permet de ne point condamner un utérus inversé en nous basant sur l'ancienneté de l'inversion.

Nous pouvons toujours espérer, après la réduction, le complet rétablissement des fonctions physiologiques. Les tentatives opératoires ayant pour but la réduction de l'inversion utérine sont donc pleinement justifiées, quel que soit l'âge de l'inversion, et doivent prendre le pas sur l'hystérectomie, ressource ultime qui ne sauve l'existence qu'en sacrifiant l'organe.

II. **Méthodes de douceur**. — L'utérus inversé restant capable, pendant de longues années, de reprendre, après avoir été réduit, son fonctionnement normal, et ce fait ayant été établi par de nombreuses observations, l'ingéniosité des chirurgiens et des accoucheurs s'est attachée à opérer cette réduction par les moyens le moins offensifs possible.

La réduction de l'utérus chroniquement inversé a été, tout d'abord, cherchée par le même moyen que les accoucheurs avaient appliqué à la réduction de l'inversion récente, c'est-à-dire par le taxis, taxis central, périphérique, latéral, avec ou sans fixation du col, comprenant un grand nombre de procédés ou de sous-procédés. Puis, à ce taxis manuel, vinrent s'ajouter les nombreux modèles de réducteurs et de « reposi-

(1) Obs. lue le 13 avril 1858 à la *Soc. de méd. et de chir. de Londres*. Trad. in DENUCÉ., *Traité clinique de l'inversion utérine*.

tors » appliqués avec des succès très inégaux et peu à peu abandonnés.

La belle observation de Tyler Smith, qui avait obtenu, par l'emploi du pessaire à air, la réduction d'un utérus inversé depuis onze ans, fit entrer rapidement dans la pratique l'emploi de la pression élastique continue. L'application de la méthode subit quelques modifications ; les uns employant le pessaire à air ; les autres remplissant d'eau le sac en caoutchouc (colpeuryse des Allemands).

Méthode d'une application très simple, par cela même très séduisante, la pression continue devint rapidement classique. « Continuée avec persistance, dit Pozzi (1), elle triomphera de presque tous les cas. Hofmeier ne l'a jamais vue échouer. »

Que les succès aient été nombreux, cela ne fait pas de doute ; mais les insuccès ne manquent pas. Pour ne prendre nos exemples que dans les observations citées dans ce travail, nous constatons l'échec de la pression continue soit par le pessaire à air, soit par le colpeurynter, dans les cas de Munde, d'Everke, de Barnes, de Morisani, de Græve, de Küstner, de Salin, de Netzel, de Browne.

La méthode n'est donc pas aussi fidèle que l'ont prétendu certains de ses admirateurs. Est-elle au moins inoffensive ? Non, car West a vu une de ses malades mourir de péritonite à la suite de l'application du pessaire à air. Lawson Tait a eu également un cas de mort, et nous trouvons notés dans d'autres observations des faits peu rassurants. Dans un cas de Trélat (2), le pessaire dut être rapidement enlevé à cause de l'hyperthermie qui se produisait malgré les précautions antiseptiques prises. Dans le cas de Netzel, le pessaire amène des élévations de température et des douleurs intenses qui obligent à le retirer, et on constate, à la suite de son application, une nécrose de la muqueuse vaginale. Salin doit se résoudre à une intervention opératoire après avoir cons-

(1) Pozzi, *Traité de gynécologie*, 3e édition, 1897, p. 605.
(2) Audigé, Th. Paris, 1881.

taté que le colpeurynter a produit de la nécrose de la muqueuse utérine. Græve observe une déchirure du vagin.

La pression continue à l'aide du pessaire à air ou du colpeurynter n'est, on le voit, ni aussi constante dans ses résultats, ni aussi inoffensive qu'on l'a dit. Elle a, de plus, le très grand inconvénient de ne produire la réduction qu'après de longues journées d'une application douloureuse.

Rares sont les observations dans lesquelles la réduction a pu être obtenue en moins de quatre ou cinq jours.

Tyler Smith met une semaine à réduire l'utérus et, encore, s'aide-t-il du taxis. Il faut neuf jours à Fessenmayer pour obtenir un résultat ; Puech doit laisser en place le pessaire pendant vingt-quatre jours. Stoltz l'applique pendant quarante jours sans obtenir de résultat.

La pression continue à l'aide des pessaires fixes à bandes élastiques de Barnes, de Duncan, d'Aveling, a donné des succès aussi lents et aussi difficiles à obtenir et ces différents « repositors » ou « réducteurs » ne paraissent pas avoir une supériorité marquée sur les pessaires à air et à eau.

Plus récemment, Pouey (de Montevideo) (1) a combiné la « propulsion du fond de l'utérus à la traction élastique prolongée du col ».

Pour ce faire, il appuie le pavillon d'un stéthoscope sur le fond de l'utérus. Six anses de fil sont passées à travers les lèvres du col et six autres anses traversent le pied du stéthoscope. Ces anses sont reliées deux à deux par des tubes à drainage en caoutchouc, modérément tendus.

L'appareil ainsi construit exerce des tractions sur le col, en même temps qu'il appuie fortement le stéthoscope sur le fond de l'utérus qui est ainsi refoulé en haut.

Pouey a appliqué son appareil dans cinq cas. Il compte quatre réductions, dont l'une accompagnée d'accidents fébriles, et une autre suivie de mort. Dans le cinquième cas, le fond de l'utérus s'est sphacélé et a été éliminé.

---

(1) *La Gynécologie*, 1897, n° 1.

Du fait même de leur infidélité et des accidents qu'ils produisent trop fréquemment, les différents procédés de pression continue appliqués à la cure de l'inversion utérine chronique laissent une assez large part aux méthodes opératoires. Dans un grand nombre de cas, c'est après avoir constaté l'échec des différents pessaires que les chirurgiens en sont arrivés à l'intervention sanglante conservatrice. D'autres, moins confiants que les premiers dans ce qu'on a appelé « les procédés de douceur », ont eu recours d'emblée aux opérations véritablement chirurgicales dont nous étudions plus loin la valeur relative (1).

III. **Intervention par voie abdominale.** — L'idée de faire la laparotomie pour pouvoir par la voie abdominale dilater l'orifice de l'infundibulum formé par l'utérus inversé a été mise en pratique, pour la première fois, par Gaillard Thomas, en 1869. Dans ses deux opérations, il parvint, non sans peine, à obtenir la réduction ; mais une de ses opérées succomba à une péritonite (obs. I et II).

Ce succès médiocre n'aida pas à la diffusion de la méthode, d'autant que, à cette époque, les complications des opérations abdominales étaient trop fréquentes et trop graves pour ne pas impressionner défavorablement les chirurgiens. En 1883, Denucé rejetait encore d'une façon absolue la méthode de Thomas qui, d'ailleurs, n'avait pas encore trouvé d'imitateurs.

C'est seulement en 1884 que Malins pratique de nouveau l'intervention par la voie abdominale en modifiant le procédé de Gaillard Thomas de façon originale. Il passe un fil à travers le fond de l'utérus, y fixe un bouton et essaie, par des

(1) Je n'ai pas compris, dans ce travail, le cas de Gröss, de Nancy, communiqué au mois d'octobre 1901 au Congrès français de chirurgie et qui est un cas d'inversion récente, ni les deux cas de Brennan (*Revue médicale du Canada*, 1900 et 1901) que je ne connais que par des analyses incomplètes. N'ayant pu me procurer les articles originaux, j'ignore s'il s'agit d'inversion récente ou d'inversion ancienne. Dans ces trois cas, l'inversion a pu être réduite ; mais l'une des opérées de Brennan est morte.

NUMÉRO, OPÉRATEUR INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	DURÉE DE L'INVERSION	MÉTHODES employées antérieurement	MANUEL OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
Interventions par voie abdominale.				
1. **G. Thomas.** — DENUCÉ, *Traité clin. de l'inv. utér.*, p. 336.		Incisions du col par le vagin.	Laparotomie. Dilatation de l'anneau. Refoulement.	Guérison.
2. **G. Thomas.** — *Ibid.*, p. 337.	?	Taxis.	Id.	Mort.
3. **Ed. Malins.** — *Lancet*, 31 oct. 1885.	6 mois.	Taxis sous anesthésie.	Laparotomie. Dilatation de l'anneau. Tractions sur le fond à l'aide d'un fil.	Echec. Hystérectomie 3 semaines après.
4. **Schmidt.** — In BATTLEHNER, *Gesellschaft für Gyn.*, 1888.	4 mois 1/2.	Taxis. Colpeurynter.	Laparotomie. Refoulement.	Echec. Castration. Mort.
5. **Munde.** — *New-York Med. Journ.*, 27 octobre 1888.	3 mois 1/2.	Taxis sous anesthésie.	Laparotomie. Dilatation de l'anneau. Refoulement. Tractions sur le fond.	Echec. Castration.
6. **D'Antona.** — *VIIIe réunion de la Soc. ital. de chir.*, Rome, 1891.	3 ans 7 mois.	Taxis.	Laparotomie. Incision de la lèvre antérieure du col. Refoulement.	Guérison.
7. **Cosentino.** — *Sicilia Medica*, sept., oct. 1891.	3 mois.	Taxis sous anesthésie.	Laparotomie. Réinversion par tractions sur la trompe.	Guérison.
8. **Cosentino.** — Citée in SPINELLI, *Ann. de Gyn.*, 1900.	?	?	Id.	Guérison.
9. **Mc. Intosh.** — *Med. Record*, août 1893.	4 mois.	Taxis sous anesthésie.	Laparotomie. Dilatation de l'anneau. Réinversion par refoulem. à l'aide d'une pince.	Guérison.
10. **W.-H. Skene.** — *Brooklyn Med. Journ.*, nov. 1895, p. 686.	7 mois.	Taxis sous anesthésie.	Laparotomie. Refoulement.	Guérison.
11. **Spinelli.** — *Ann. de Gyn.*, 1900.	9 mois.	Taxis.	Laparotomie. Tractions sur la trompe.	Echec. Ablation des annexes. Hystérectomie vaginale. Guérison.
12. **Everke.** — *Monat. f. Geb. und Gynæk.*, 1899.	1 an au moins.	Colpeurynter.	Laparotomie. Incisions antérieure et postérieure de l'anneau. Refoulement.	Guérison.
12 *bis.* **Cushing.** — *Annals of gynecology and pediatry*, janvier 1902.	14 mois.	Pas de tentative de réduction.	Laparotomie. Dilatation de l'anneau. Traction sur les ligaments ronds et larges.	Guérison.
Incisions du col par voie vaginale.				
13. **Barnes.** — *Traité clin. des maladies des femmes.*	6 mois.	Pessaire élastique.	3 incisions. 2 latérales, 1 postérieure.	Guérison.
14. **Barnes.** — *Ibid.*	?	?	Id.	Guérison.
15. **Kemp.** — Résumée in *Rev. des Sc. méd.*, t. V, p. 582.	5 ans.	Taxis.	2 incisions.	Guérison.
16. **Arbuckle.** — *Lancet*, 26 déc. 1885.	1 an.	Taxis sous chlorof.	3 incisions.	Guérison.
17. **Wilson.** — *Lancet*, 1877, t. I, p. 907.	1 an 4 mois.	Taxis. Pessaire.	3 incisions.	Guérison.
18. **Doyen.** — *Technique chirurgicale.*	Plusieurs mois.	?	1 incision antérieure.	Guérison.
19. **Barton Cooke Hirst.** — *Am. J. of obst.*, 1900.	3 mois.	Taxis sous chlorof.	1 incision postérieure.	Guérison.
Débridements du corps utérin suivis de taxis et de réduction à travers le col.				
20. **M. Duncan.** — *Edinb. Med. J.*, mars 1877, p. 772.	8 mois.	Taxis sous anesthésie.	Incisions sous-péritonéales du corps utérin en avant et en arrière.	Guérison.

21. **Duncan**. — *Ibid.*, p. 774.	14 ans.	Taxis sous anesthésie.	Id.	Echec. Hystérectomie consée. Mort.
22. **Browne**. — *N.-Y. Med. Journ.*, 1883, t. XXXVIII, p. 577.	6 ans.	Taxis. Pessaire à air.	Incision du corps utérin. Dilatation du col. Suture de la plaie utérine. Refoulement.	Guérison.
23. **Arnold W. Lea**. — *Med. Chronicle*, 1897, t. VIII, p. 177.	2 mois 1/2.	Taxis. Incisions du col.	Incisions dans la région de l'orifice interne (?).	Guérison.
24. **Küstner**. — *Centralb. f. Gynæk.*, oct. 1893.	6 mois.	Taxis. Colpeurynter.	Colpotomie postérieure. Incision postérieure du corps utérin. Refoulement.	Guérison
25. **Netzel**. — *Hygiea*, 1897.	8 mois.	Taxis. Colpeurynter.	Id.	Guérison.
26. **Salin**. — In Josephson, *Hygiea*, 1897.	1 an 4 mois.	Taxis. Colpeurynter.	Id.	Echec. Hystérectomie.
27. **Jordan**. — Switalski, *Cent. f. Gynæk.*, 1898.	3 ans.	Taxis forcé sous chlorof.	Id.	Guérison.
28. **Perlis**. — *Centr. f. Gynæk.*, 1898.	?	?	Id.	Guérison.
29. **Duret**. — *J. des Sc. méd. de Lille*, 9 juillet 1898.	?	?	Id.	Echec.
30. **Duret**. — *Ibid*	?	?	Id.	Echec.

Colpo-hystérotomie postérieure.

31. **Josephson**. — *Hygiea*, 1897.	17 ans.	Taxis et colpeurynter.	Colpotomie postérieure. Section postérieure médiane de l'utérus (col et corps). Taxis.	Echec. Hystérectomie.
32. **Morisani**. — In Piccoli, *Acad. med. cir. di Napoli*, n° 6, 1897.	7 ans.	Pessaire.	Id.	Guérison.
33. **Enrico Sava**. — *Arch. di ost. e gin.*, n° 6, 1897.	3 mois.	Tamponnement.	Idem. — Incision longitudinale du vagin pour faciliter le replacement de l'utérus.	Guérison.
34. **Westermark**. — *Cent. f. Gynæk.*, 1899.	1 an.	Taxis forcé.	Procédé de Piccoli.	Guérison. Rétroversion. Grossesse term. par un avort. à 3 mois.
35. **Borelius**. — In Elis Essen Moller, *Centr. f. Gynæk.*, 1898.	6 mois.	Taxis. Débridement selon la méthode de Kustner.	Id.	Guérison. Rétroversion.
36. **Pruntsi**. — In Axel Wallgren, *Arch. f. Gyn.*, 1901.	4 mois.	?	Id.	Guérison.
37. **Duret**. — *J. des Sc. méd. de Lille*, juil. 1898.	6 mois.	Taxis sous chlorof. Débridement de Kustner.	Procédé de Piccoli et incision longitudinale du vagin (Sava).	Guérison. Grossesse consécutive et accouchement à terme.
38. **Graeve**. — In Borelius, *Centr. f. Gynæk.*, 1899.	3 mois.	Colpeurynter et tamponnement.	Procédé de Piccoli.	Guérison. Rétroversion.
39. **Heinricius**. — In Axel Wallgren. *Finska Lakaresalls kapel*, 1900.	1 an.	?	Procédé de Piccoli.	Guérison. Rétroflexion.

Hystérotomie antérieure.

40. **Kehrer**. — *Beiträge zur Geburts. und Gynæk.*, 1898, p. 100.	6 mois 1/2.	Taxis sous anesthésie.	Incision postérieure médiane de l'utérus. Taxis latéral. — Suture de l'utérus au fur et à mesure de la réinversion.	Guérison.

Colpo-hystérotomie antérieure.

41. **Spinelli**. — *Arch. ital. di gin.*, 1899.	2 ans 1/2.	?	Colpotomie antérieure. Incision médiane antérieure totale de l'utérus. *Réinversion*. Hystéropexie vaginale.	Guérison.
42. **Oui**. — *Écho méd. du Nord*, août 1900.	4 mois 1/2.	Taxis sous chlorof. Incision du col.	Colpotomie antérieure. Incision médiane antérieure totale de l'utérus. Réinversion.	Guérison.
43. **Oui**. — Inédite.	17 mois.	Taxis sous chlorof.	Id.	Guérison.

tractions énergiques, de retourner l'utérus. Le résultat de cette manœuvre est négatif et, quelques jours après, la malade subit l'hystérectomie par ligature élastique (obs. III).

A partir de cette époque, les opérations de ce genre se multiplient.

Ce sont celles de Schmidt (1886), de Munde (1888), de d'Antona (1891), de Cosentino (1891), de Mc. Intosh (1893), de Skene (1895), de Spinelli (1898), d'Everke (1899), de Cushing (1902); au total, douze interventions par la voie abdominale.

Mais, si toutes ces opérations ont débuté par la laparotomie, elles ont été conduites de façons un peu différentes, et leurs auteurs ont été guidés par des vues théoriques diverses.

L'idée la plus simple, celle de Gaillard Thomas, était de dilater l'orifice de l'infundibulum considéré comme le principal, pour ne pas dire le seul obstacle au retournement de l'utérus.

Une fois cet orifice dilaté, la pression exercée, par le vagin, sur le fond de l'utérus, devait facilement amener la réduction.

Théoriquement, la conception semblait juste ; mais la pratique devait montrer les difficultés de sa réalisation. Si Gaillard Thomas réussit dans ses deux opérations à replacer facilement l'utérus, Schmidt (obs. IV) échoua complètement, dut renoncer à poursuivre ses tentatives et pratiqua la castration. Il en fut de même dans le cas de Munde (obs. V), qui a très nettement décrit les causes de son échec : « L'anneau était alors complètement dilaté et je m'attendais à une réduction immédiate. Mais, à l'instant où les ouvre-gants étaient légèrement retirés pour permettre le refoulement simultané de l'utérus par le vagin, les branches glissèrent tout à coup hors de l'anneau qui se referma aussitôt. Malgré les essais répétés à plusieurs reprises, nous ne pûmes arriver à repousser le fond de l'utérus assez rapidement pour devancer la contraction de l'anneau. Il semble presque incroyable qu'il ait été impossible de dilater et de maintenir suffisamment ouvert

cet anneau, alors qu'il était non seulement accessible mais encore visible par l'incision abdominale, au point qu'on pouvait apercevoir le fond de l'organe. » D'Antona (obs. VI) éprouve les mêmes difficultés et ne réussit à obtenir la réduction qu'après avoir incisé le col que des efforts prolongés et vigoureux n'avaient pu suffisamment dilater. Spinelli (obs. X) éprouve un insuccès complet.

Ces difficultés avaient amené plusieurs chirurgiens à modifier, au cours de leurs opérations, le procédé primitif de Gaillard Thomas. Malins, en 1884, avait, de propos délibéré, eu recours à des tractions sur le fond de l'utérus à l'aide d'un fil passé à travers le fond de l'utérus et attaché à un bouton. Munde, en 1888, après avoir échoué dans ses tentatives de réduction par dilatation de l'anneau et refoulement par le vagin, eut recours au même moyen, en remplaçant le bouton par un tube à drainage, moins offensif pour la paroi utérine. Ces deux opérateurs aboutirent tous les deux à un échec.

Cosentino (obs. VII) exerça également des tractions; mais, au lieu de prendre point d'appui sur le fond de l'utérus, il chercha à pratiquer le retournement en tirant sur une des cornes utérines par l'intermédiaire de la trompe. Il eut ainsi deux succès, Cushing en obtint un; mais Spinelli, qui employa ce procédé, ne réussit pas et fut obligé de pratiquer l'hystérectomie.

Nous avons vu, plus haut, comment, au cours d'une intervention, d'Antona avait été amené à inciser le col rebelle à la dilatation. Everke (obs. XI) a délibérément, et d'emblée, pratiqué des incisions du col, et voici la description qu'il donne de son opération : « Entre deux pinces à griffes avec lesquelles on peut attirer en haut tout l'entonnoir, je pratique, en avant, une incision sur la marge de celui-ci jusqu'à la vessie et j'esssaie alors la réduction en poussant le fond utérin par le vagin. Je ne réussis pas. J'incise alors, entre les deux pinces, le bord postérieur de l'orifice indilatable, sur 2 centimètres de profondeur. Cette incision ouvre l'utérus et

le vagin. La réduction par pression vaginale pratiquée par un aide réussit alors. La paroi utérine antérieure n'a subi qu'une

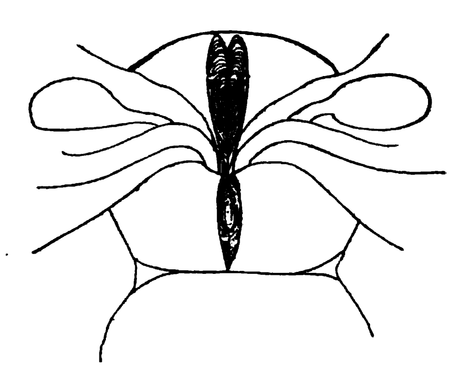


Fig. I (d'après Everke). — Incisions sur le col de l'utérus inversé.

incision assez superficielle, tandis qu'en arrière la partie inférieure de l'utérus, le canal cervical et le vagin sont ouverts. »

Quand on se reporte aux figures qui illustrent le mémoire

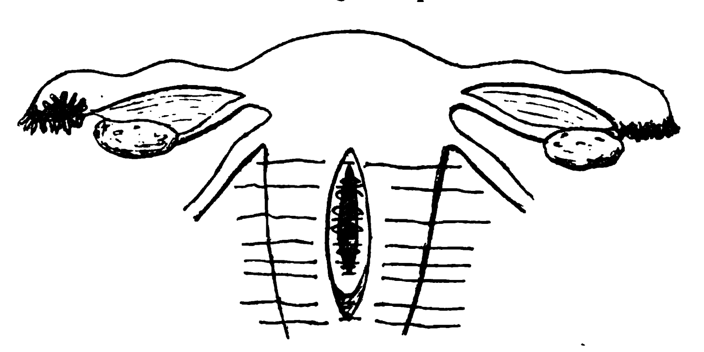


Fig. II (d'après Everke). — Utérus réinversé. Suture de l'incision.

d'Everke, on constate que l'incision du bord postérieur de l'anneau cervical a dû considérablement s'agrandir au moment où l'utérus a été réduit. La brèche figurée mesure au moins la mi-hauteur de la paroi utérine. Cette constatation n'est pas

sans intérêt, si on songe que l'auteur avait eu pour but de ne faire subir à l'utérus que de petites incisions, considérant les longues incisions portant sur le corps utérin comme un danger en cas de grossesse future. En admettant la réalité de ce danger, Everke, par son procédé, ne l'eût certainement pas évité.

Si nous décomposons, maintenant, les différents procédés employés et leurs résultats, nous aboutissons aux constatations suivantes :

1° *Laparotomie suivie de dilatation de l'anneau cervical et de réduction par refoulement du corps utérin* :

Nombre de cas	5
Réductions de l'utérus	4
Échec des tentatives de réduction. . . .	1
Mort.	2

2° *Laparotomie et tentatives de réduction par traction sur le fond de l'utérus* :

Nombre de cas	2
Echecs.	2
Mortalité.	0

3°. *Laparotomie et réduction par traction sur les trompes*:

Nombre de cas	4
Réductions obtenues	3
Échec	1
Mortalité.	0

4° *Laparotomie et réduction après incisions du col* :

Nombre de cas	2
Réductions obtenues	2
Mortalité.	0

En résumé, sur les treize observations que nous avons pu recueillir d'interventions par la voie abdominale, nous constatons que la réduction de l'utérus a été obtenue neuf fois,

soit dans la proportion de 69,53 p. 100. Dans les autres cas, la castration a dû être pratiquée. L'hystérectomie a été faite deux fois par ligature élastique (Malins, Munde); elle a été totale dans un cas (Spinelli). Le procédé employé n'est point décrit dans l'observation de Schmidt rapportée par Bathlener.

Enfin, il faut porter, au passif de la méthode, deux cas suivis de mort (G. Thomas et Schmidt), soit une léthalité de 15,3 p. 100.

IV. **Incision du col par voie vaginale.** — C'est toujours sous l'influence de cette idée toute théorique que le véritable obstacle à la réduction de l'utérus inversé est la sténose du col, que quelques rares opérateurs ont tenté la réduction après incision du col par le vagin.

Ce qui étonne, même, c'est que les chirurgiens qui ont eu recours à ce procédé opératoire ne soient pas plus nombreux et que, à côté des douze observations d'interventions sur le col par la voie abdominale, nous n'en trouvions que sept se rapportant à des incisions du col par le vagin (1). Il est, certes, possible que quelques observations aient échappé à nos recherches ; mais il n'en est pas moins certain que cette opération n'a été faite que de façon très exceptionnelle.

Les procédés opératoires ont un peu varié. Barnes et Arbuckle (obs. XIII, XIV et XVI) ont fait trois incisions sur le col; deux latérales et une postérieure. Wilson (obs. XVII) a eu recours également aux débridements multiples. Kemp (obs. XV) n'a fait que deux incisions. Seuls, Doyen (obs. XVIII) et Barton Cooke Hirst (obs. XIX) ont pratiqué une seule incision. Le premier a fait son incision sur la partie antérieure, le second sur la lèvre postérieure du col.

Toutes ces interventions ont été couronnées de succès; mais d'autres opérateurs, dont les observations ont été publiées sous un autre titre, ont eu des échecs. De plus, un

(1) Ce nombre devrait être porté à 10 par les observations de G. Thomas, de Arnold W. Lea et par l'une des miennes qui constituent, d'ailleurs, 3 échecs de cette méthode

point important à noter est que, dans trois cas sur six, il s'agissait d'inversion incomplète dont la réduction paraît devoir être considérée comme plus facile (cas de Wilson, de Doyen et de Barton Cooke Hirst). En outre, nous trouvons noté dans plusieurs observations que les incisions se sont agrandies au moment de la réduction du corps à travers le

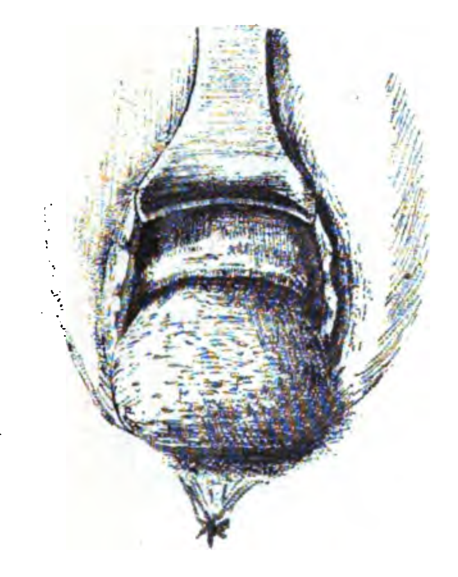


FIG. III. — Inversion utérine (d'après Doyen).

col. « Les incisions furent agrandies, dit Barnes, par le passage du corps utérin, et j'eus une grande crainte qu'il y eût beaucoup de mal. » — Même constatation faite par Wilson : « La réduction se fit facilement, et j'eus la sensation très nette de la déchirure du tissu utérin. » Et Doyen écrit : « Cette manœuvre se fit sans grand effort, grâce à la libération de l'anneau cervical qui, lors de la réduction, se déchira autant qu'il le fallut pour que la tumeur le franchît aisément. »

L'incision du col n'est donc point, dans la limite où l'ont

faite les différents opérateurs, suffisante pour permettre la réduction.

Le tissu utérin se déchire sans que le chirurgien puisse limiter cette extension du traumatisme, et l'agrandissement de la plaie opératoire peut n'être pas sans inconvénient.

Nous rappellerons, aussi, que Gaillard Thomas a été dans

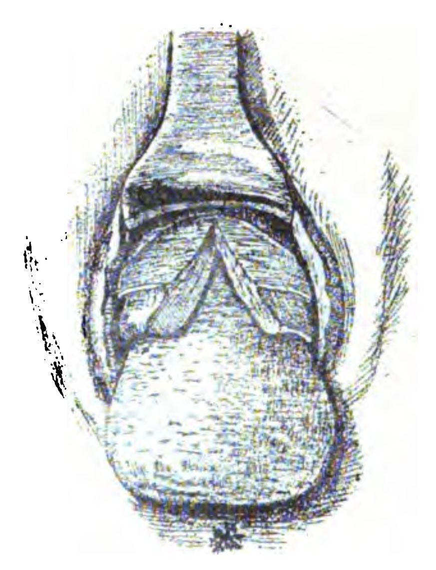


Fig. IV. — Incision transversale du cul-de-sac vaginal et section longitudinale du col de l'utérus (d'après Doyen).

un cas (obs. I) obligé de renoncer à cette méthode, que Arnold W. Lea (obs. XXIII) a échoué également et a dû pour réussir faire porter secondairement ses incisions jusque sur le corps utérin, et que (obs. XLII), après avoir eu l'intention de pratiquer le procédé de Doyen, j'ai dû, en face de l'impossibilité de réduire l'utérus après une incision portant sur toute la longueur du col, pousser plus loin mon intervention et pratiquer une colpo-hystérotomie antérieure.

Quant aux différents procédés, il nous semble que les incisions latérales dont l'extension menace directement l'artère

utérine doivent être abandonnées et que la préférence doit être donnée soit à l'incision antérieure de Doyen, soit à l'incision postérieure de Barton Cooke Hirst, beaucoup plus inoffensive.

V. **Débridements du corps utérin suivis de taxis et de réduction à travers le col.** — Bien que, généralement, on attribue à Kustner la paternité de la méthode qui consiste à pratiquer des débridements du corps utérin pour en faciliter la réduction, c'est en réalité Matt. Duncan qui, le premier, a pratiqué ces débridements, donnant comme raison de sa conduite que le col ne joue qu'un rôle très secondaire dans les difficultés que rencontrent les tentatives de réduction d'un utérus chroniquement inversé.

« Il est évident, dit-il, d'après ce que j'ai déjà dit, que, ne regardant pas le col comme une cause de difficultés, je ne puis voir aucun avantage direct à le sectionner. Les incisions du col ont été, à plusieurs reprises, proposées et exécutées, et mon opinion est que, dans quelques cas, elles peuvent être utiles, mais seulement d'une façon indirecte. Elles peuvent permettre un accès plus facile à la main qui agit sur la partie réellement inversée, le corps de l'utérus ou faciliter la déchirure du corps, selon le principe bien connu qu'il est plus facile de prolonger une déchirure que de l'amorcer. Dans mes opérations, j'ai incisé le corps de l'utérus. »

Il faut reconnaître, cependant, que si Matth. Duncan a le premier entrevu que le col n'était point la source unique des difficultés de la réduction, son manuel opératoire est défectueux. Il ne divise, en effet, qu'une partie de la paroi utérine, puisqu'il ne touche pas au péritoine, et ne peut obtenir ainsi la facilité très grande que fournit la mobilité relative de la paroi utérine pour pratiquer le taxis latéral. Aussi, dans l'un de ses cas (obs. XX), il n'obtint, par ses manœuvres, qu'un succès incomplet et il échoua complètement dans sa seconde opération (obs. XXI) après laquelle il dut faire l'hystérectomie à laquelle sa malade succomba. Arnold W. Lea (obs. XXIII), par des débridements multiples n'intéressant

pas la séreuse, a pu obtenir un succès dans un cas d'inversion datant de 9 semaines.

Browne, indiqué par Spinelli comme un précurseur de Küstner, n'a eu, en réalité, pour but, en incisant l'utérus, que de se créer une voie pour dilater le col considéré par lui comme l'obstacle principal à la réduction. Son intention est nettement établie par ce fait qu'il a suturé la plaie utérine après avoir dilaté l'anneau cervical et avant toute tentative de taxis. Il est évident que, dans ces conditions, le débridement utérin ne pouvait avoir, par lui-même, aucune influence sur le résultat d'ailleurs heureux de l'opération (obs. XXII).

Quant à Küstner, il s'était tout d'abord contenté d'inciser le cul-de-sac de Douglas pour pouvoir, par cette voie, introduire deux doigts sur l'orifice de l'entonnoir d'inversion, le fixer et donner ainsi un point d'appui solide aux pressions exercées sur le corps utérin pour le réduire. Ce n'est qu'après l'échec de son plan primitif qu'il incisa l'utérus, le réduisit, songea à ériger son procédé en méthode définitive (voir obs. XXIV) et en donna ainsi le manuel opératoire :

1° Ouverture transversale large de l'espace de Douglas ;

2° Pénétrer par là avec un doigt dans l'entonnoir. On peut avoir à libérer des adhérences péritonéales qui obstruent l'entonnoir ;

3° Inciser la paroi postérieure de l'utérus, du côté de la muqueuse, longitudinalement, autant que possible sur la ligne médiane. L'incision part à 2 centimètres environ du fond et finit à 2 centimètres de l'orifice externe. Elle doit intéresser le revêtement péritonéal de l'utérus ;

4° Réduction en fixant l'entonnoir avec l'index et refoulant le fond avec le pouce de la même main ;

5° Suture de la plaie utérine du côté du péritoine par des points profonds et superficiels ;

6° Suture de l'espace de Douglas.

Ce manuel opératoire a donné des succès à son auteur, d'abord, puis à Netzel (obs. XXV), à Jordan (obs. XXVII), à Perlis (obs. XXVIII). Elle a complètement échoué entre les

mains de Salin (obs. XXVI), qui pratiqua secondairement l'hystérectomie, et Duret dit l'avoir employée deux fois sans succès (obs. XXIX et XXX). Borelius n'eut recours à la colpo-hystérotomie postérieure qu'après avoir tenté inutilement la réduction par la méthode de Kustner (obs. XXXV).

Quatre succès contre quatre insuccès, voilà le bilan de la méthode, résultat peu brillant à la vérité et qui explique que certains chirurgiens aient cherché à faire mieux.

C'est que le débridement de Küstner n'agit qu'en donnant à une partie de la paroi utérine une certaine mobilité, qui permet le refoulement latéral du corps utérin à travers le canal cervical. Quand les lésions scléreuses du muscle sont très avancées, quand la souplesse de la paroi reste très limitée, la mobilité est insuffisante, et le taxis pratiqué après débridement échoue. Il est à noter, en effet, que sur trois succès pour lesquels la date de l'inversion est notée, deux se rapportent à des cas dans lesquels l'inversion remontait à moins de huit mois, c'est-à-dire à des cas particulièrement favorables.

VI. **Colpo-hystérotomie postérieure.** — Au mois de décembre 1893, le Dr Piccoli, de Naples, après avoir échoué dans les tentatives de réduction d'un utérus inversé chroniquement, pratiquait l'hystérectomie. Il constatait ensuite que, même après son ablation, l'organe ne pouvait pas être retourné, s'il n'était, au préalable, fendu sur toute sa hauteur, depuis l'orifice externe jusqu'au fond.

De ce fait, Piccoli tira la conclusion que l'obstacle à la réduction de l'inversion chronique était causé par la rigidité de la paroi, par la rétraction et la résistance de tout l'infundibulum d'inversion. Il conçut alors l'idée d'une opération conservatrice plus complète en ses effets et plus logique que celle de Küstner, et il en formula les règles de la façon suivante, en 1894 (1) :

1° Faire l'asepsie du canal génital, abaisser l'utérus avec

(1) Piccoli, *Congrès international de Rome*, 1894, t. V, p. 236-237.

un lien élastique et, éventuellement, cureter la muqueuse utérine.

2° Large ouverture de l'espace de Douglas par une incision transversale du cul-de-sac postérieur du vagin ;

3° Nouvelle tentative de réinversion et, si elle ne réussit pas, incision sur la ligne médiane, de toute l'épaisseur de la paroi postérieure du col et du corps de l'utérus jusqu'au fond s'il est nécessaire et réinversion de l'organe ;

4° Suture de l'ouverture péritonéale faite à l'utérus avec des points séparés ;

5° Reposition de l'utérus et fermeture de l'espace de Douglas avec points de suture ;

6° Réserver l'hystérectomie pour le cas d'hémorragie incoercible de la surface de section.

Piccoli avait, après Matth. Duncan, formellement reconnu l'obstacle qui s'oppose à la réduction de l'inversion utérine chronique et conçu une opération très supérieure à celles de Duncan et de Küstner. Le débridement longitudinal de toute la paroi postérieure de l'utérus, *corps et col*, permet en effet, au lieu d'avoir recours au taxis, d'agir par déploiement et reploiement de l'organe, méthode plus sûre en ses effets et d'une exécution plus facile.

Le travail de Piccoli resta assez ignoré et son idée fut mise en pratique par un certain nombre d'opérateurs qui purent croire qu'ils avaient inventé une opération nouvelle. Il y eut, même, quelques discussions au sujet de la priorité, discussions qu'il est d'ailleurs facile de terminer en notant les dates des différentes opérations faites suivant cette méthode.

Ces opérations sont au nombre de neuf :

1° Josephson. — 25 septembre 1895.

2° Morisani. — 6 février 1896.

3° E. Sava. — 20 juin 1897.

4° Westermark. — 21 septembre 1897.

5° Borelius. — 26 mai 1898.

6° Pruntsi. — 26 mai 1898.

7° Duret. — 6 juin 1898.

8° Græve. — 22 mars 1899.

6° Heinricius. — 27 janvier 1900.

Ces dates ne laissent aucun doute. La priorité de l'idée revient à Piccoli ; la priorité de l'exécution à Josephson de Stockholm, qui conçut l'idée d'inciser à la fois le col et le corps après avoir assisté à l'échec, entre les mains du professeur Salin, de la méthode de Küstner.

Il n'y a que très peu à ajouter au manuel opératoire fixé par Piccoli. Les opérateurs, en effet, n'ont apporté quelques changements que dans des détails secondaires.

Les uns, comme Morisani et Sava, ont abaissé l'utérus à l'aide d'un lien élastique ; d'autres, comme Westermark, ont, pour pratiquer l'abaissement, exercé des tractions sur le col à l'aide d'une pince à griffes ; Duret préfère saisir et fixer le fond avec des pinces de Museux.

Mêmes petites variations dans le mode de suture de la plaie utérine. Duret fait deux plans de suture ; un premier plan, « à points continus serrés tous les deux ou trois points, pour la muqueuse, avec du catgut. Puis, on fait un second plan péritonéo-musculaire, comprenant la plus grande épaisseur de la tranche utérine, à points séparés au catgut, très solidement noués. Quelques points intermédiaires ferment encore plus hermétiquement le péritoine ». Morisani et Sava se contentent d'une suture péritonéo-musculaire en un seul plan. Heinricius fait d'abord un premier plan de suture purement musculaire qu'il enfouit ensuite par une suture séreuse.

Bien que Duret attache une grande importance à son procédé de suture, nous avons quelque tendance à considérer ce point comme très secondaire et, étant donné que la muqueuse d'un utérus chroniquement inversé peut être considérée comme légèrement infectée, il nous paraît préférable de ne pas la comprendre dans la suture.

Une modification plus intéressante a été faite au plan opératoire de Piccoli, par Enrico Sava et par Duret. C'est celle qui consiste à brancher sur l'incision transversale du cul-de-sac vaginal postérieur une incision verticale. La brèche vagi-

nale acquiert ainsi une étendue et ses bords une mobilité très favorables au replacement de l'utérus réinversé et suturé.

Quant aux résultats obtenus, ils sont très satisfaisants. Sur neuf opérations, huit succès et pas une mort ; soit une proportion de succès de 88,88 p. 100. Le seul insuccès est le cas de Josephson, cas très défavorable puisqu'il datait de 17 ans.

Nous devons ajouter que les complications fébriles n'ont pas été rares. Nous les trouvons notées dans les cas de Morisani (obs. XXXII), de Westermark (obs. XXXIV), de Græve (obs. XXXVIII), de Heinricius (obs. XXXIX). Il est vrai que l'hyperthermie fut très légère (38°) et tout à fait éphémère dans le cas de Græve et que la malade de Westermark avait déjà de la fièvre avant l'intervention, ce qui rendait véritablement audacieuse toute tentative chirurgicale autre que l'hystérectomie.

VII. **Hystérotomie antérieure.** — Après des expériences très compliquées, qu'il serait beaucoup trop long d'exposer ici, Kehrer a imaginé un procédé d'hystérotomie antérieure, d'une extrême complexité, et qu'il a été seul à employer dans un cas (obs. XL).

Voici quel est le manuel opératoire indiqué par Kehrer :

1° Attirer fortement en bas l'utérus, l'entourer de gaze et le maintenir solidement avec deux doigts.

2° Pratiquer une incision longitudinale et médiane dans la paroi utérine antérieure jusque dans le péritoine, depuis l'orifice externe et la couronne voisine des culs-de-sac vaginaux jusqu'à la partie la plus épaisse de l'organe.

3° Refouler à la façon d'un dé la paroi postérieure et le fond à travers la plaie jusqu'à ce que l'extrémité pointue du cône en ait franchi largement les bords. Cette manœuvre est faite avec l'index dont l'effort se dirige obliquement d'arrière en avant et de bas en haut.

4° Mise en place de catguts transversaux à travers toute l'épaisseur des bords de la plaie, entrant et remontant par la muqueuse, sans les nouer tout d'abord.

Dans le cas relaté plus loin, les fils furent serrés aussitôt ;

ceux placés près du fond furent noués du côté du péritoine,

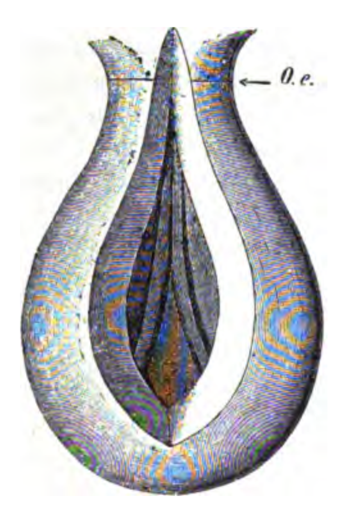


FIG. V. — Hystérotomie antérieure (d'après Kehrer).

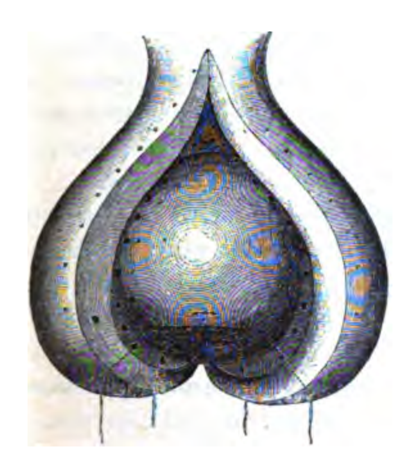


FIG. VI. — Hystérotomie antérieure. Refoulement de la paroi postérieure (d'après Kehrer).

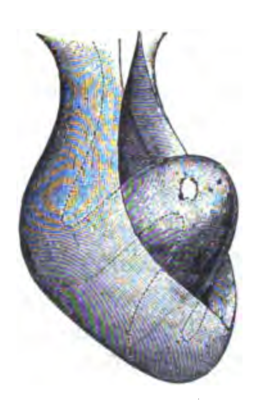


FIG. VII. — Refoulement de la paroi postérieure (profil) (d'après Kehrer).

les inférieurs du côté du vagin. Mais il me semble plus opportun

d'attendre, pour faire les nœuds, d'avoir réalisé complètement la réduction (car alors : 1° la tension en travers des bords de la plaie est moindre ; et 2° on peut obtenir une réunion plus intime des surfaces cruentées) et de plus, de faire les nœuds dans la cavité utérine et non dans la cavite péritonéale, parce que les nœuds, étant la partie du fil qui se résorbe la dernière, pourraient provoquer facilement une irritation de la séreuse.

5° Pousser la pointe du corps refoulé dans et à travers l'orifice du col et l'incision vaginale jusque dans la cavité abdominale, par conséquent, de bas en haut, en fixant l'anneau de l'orifice cervical par des pinces tire-balles jusqu'à complète réduction. En cas de trop grande résistance, on peut prolonger l'incision par une autre s'étendant transversalement de chaque côté.

6° Nouer solidement les fils dans le cavum. Il va de soi que de cette précaution dépendent en partie la solidité de la cicatrice, et sa résistance pour une grossesse ultérieure. Une cicatrice solide est, après la réduction, le point capital. Car, si on risquait de voir plus tard une cicatrice se distendre jusqu'à céder, il serait certes préférable de renoncer à obtenir un organe capable de fonctionner et de faire l'amputation.

7° Bourrer l'utérus avec de la gaze qui doit rester en place deux à trois jours ; cette gaze draine bien les sécrétions, prévient une récidive et éveille les contractions utérines.

8° On peut encore avoir à pratiquer une intervention ultérieure. En effet, quand la béance de l'orifice externe subsiste, on peut chercher à réduire sa lumière au moyen d'une excision médiane cunéiforme sur les parois antérieure et postérieure des lèvres du col.

Le procédé de Kehrer ne compte qu'une seule application clinique, due à son inventeur lui-même.

Avec toute sa complexité, il est simplement une application du taxis latéral après débridement de la paroi utérine.

Un seul cas, qui est d'ailleurs un succès, est insuffisant pour en juger la valeur ; mais il est peu probable que de nombreux opérateurs préfèrent le procédé de Kehrer à d'autres, plus

simples certainement, et dont la valeur est au moins aussi clairement établie.

VIII. **Colpo-hystérotomie antérieure.** — Spinelli, dont on trouvera plus loin l'observation, a adopté un procédé opératoire plus simple et d'une exécution plus facile que celui de Kehrer.

Voici la description que Spinelli donne de l'opération (1).

« Le vagin étant largement ouvert par une valve vagino-périnéale, on fixe et on abaisse le col de l'utérus avec une pince à griffes. Puis la surface muqueuse de l'utérus est abrasée par une curette ; on procède ensuite à la colpo-cœliotomie antérieure. L'index, introduit à travers l'ouverture vagino-péritonéale, va à la recherche de l'infundilulum formé par l'inversion, et y pénètre aussi profondément que possible. Alors, sur le doigt comme guide, on incise verticalement le col et la paroi antérieure de l'utérus jusqu'au fond de l'organe, l'incision comprenant la paroi utérine dans toute son épaisseur, ainsi que le revêtement séreux ; on procède ensuite à la réinversion, manœuvre facile. L'utérus incisé se trouve alors en antéversion forcée ou, pour mieux dire, la tête en bas, c'est-à-dire avec le fond en bas et avec le col en haut.

« C'est à ce moment qu'il faut procéder à la suture à points séparés, au catgut, de toute la plaie utérine jusqu'à l'orifice du col. A la suite de quoi la cavité utérine se réduit. On fixe alors la matrice en antéversion par un fil de catgut qui embrasse le vagin, le péritoine et la paroi antérieure de l'utérus au-dessous du fond de l'organe. »

C'est à peu près le même procédé que j'ai utilisé, sans avoir connaissance de l'opération de Spinelli, dans un cas d'inversion datant de cinq mois. Les modifications que je lui ai fait subir sont les suivantes : sutures musculaires, enfouies par une suture séro-séreuse, sutures du col pratiquées seulement après réintégration de l'utérus dans l'abdomen et drainage du cul-de-sac vésico-utérin. De plus, j'ai négligé de pra-

(1) Spinelli, *Annales de Gynécologie*, septembre-octobre 1900.

tiquer, comme l'avait fait Spinelli, une hystéropexie vaginale.

Dans mon second cas (inversion datant de 17 mois), j'ai fait un plan de sutures comprenant toute la paroi moins la muqueuse et une seconde série de points au catgut comprenant le péritoine et la partie superficielle de la couche musculaire, de façon à rapprocher très exactement les lèvres de la séreuse. J'ai, comme dans le premier cas, drainé le cul-de-sac vésico-utérin et n'ai pas eu recours à l'hystéropexie vaginale.

Je ne vois aucune utilité à cette petite opération complémentaire. En revanche, elle présente certainement des inconvénients et l'hystéropexie vaginale ne me paraît nullement recommandable si on se place au point de vue d'une grossesse future. Mes opérées n'en ont pas eu besoin pour que l'utérus gardât sa situation normale.

Quant au drainage de l'espace vésico-utérin, on peut, certes, s'en abstenir ; mais peut-être n'est-il pas tout à fait inutile. Il ne faut pas, en effet, oublier qu'un utérus inversé depuis de longs mois, pendant en battant de cloche dans le vagin, est un utérus infecté, légèrement, si l'on veut, mais infecté cependant. C'est pourquoi il me semble prudent de drainer le long de l'incision utérine. La seule conséquence fâcheuse de cette façon de faire, c'est l'impossibililé de réunir par première intention la plaie vaginale ; mais c'est là un bien faible inconvénient.

Voici le manuel opératoire très simple de la colpo-hystérotomie antérieure.

1° *Incision du cul-de-sac antérieur.* — L'utérus est attiré hors de la vulve. Juste au-dessus du museau de tanche facile à reconnaître par la vue (changement de coloration) et par le palper (différence d'épaisseur), incision semi-circulaire ouvrant largement le cul-de-sac antérieur. Cette incision doit être *très large*, de façon à pouvoir facilement donner passage à l'utérus lorsqu'il sera réintégré dans la cavité abdominale.

2° *Exploration digitale de l'infundibulum d'inversion*, pour

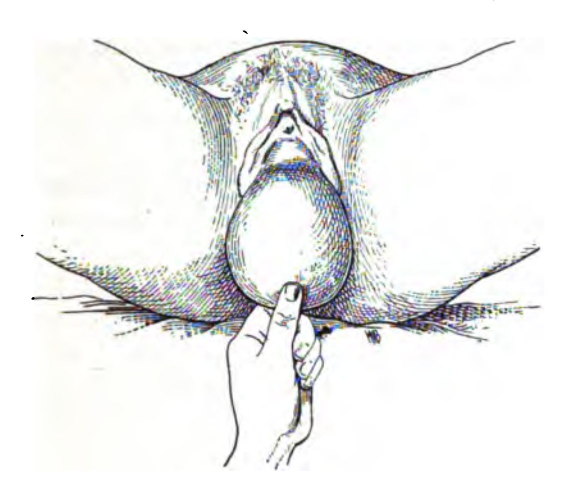


FIG. VIII. — Colpo-hystérotomie antérieure.
Abaissement de l'utérus.

s'assurer qu'il ne contient aucun organe (vessie, intestin) susceptible d'être lésé par l'incision.

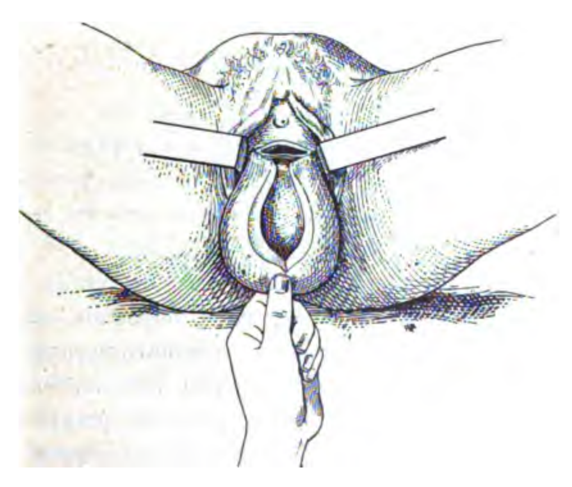


FIG. IX. — Incision du cul-de-sac vaginal antérieur
et de la paroi antérieure de l'utérus.

3° *Incision de l'utérus.* — Des ciseaux ou un bistouri bou-

de gaze iodoformée est introduite dans le cul-de-sac vésico-utérin dont l'ouverture a été préalablement rétrécie par deux ou trois points de suture, et le vagin est tamponné modérément avec de la gaze antiseptique. — La mèche drainante et le pansement peuvent être enlevés trois jours après l'opération. Le tamponnement vaginal est alors seul renouvelé.

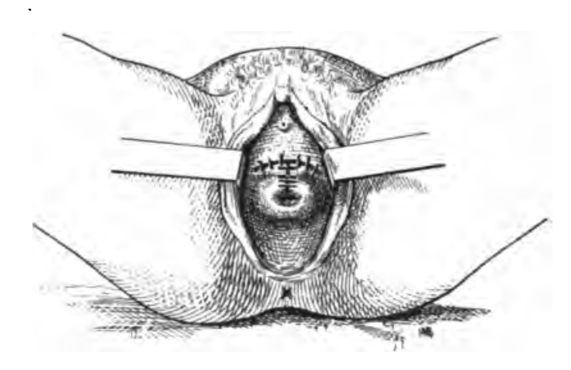


FIG. XIII. — Sutures du cul-de-sac antérieur du vagin et du col utérin.

L'intervention ainsi conduite est simple et ne demande guère plus d'une demi-heure.

Les suites, dans les trois observations que nous possédons, ont été excellentes et l'utérus a conservé son antéflexion normale.

Conclusions.

La première question qui se pose pour le chirurgien qui veut pratiquer la cure conservatrice de l'inversion utérine chronique, c'est le choix de la voie par laquelle il abordera l'utérus.

Nous avons vu que les tentatives de réduction par la voie abdominale sont relativement nombreuses. Dix opérateurs sont intervenus par la voie haute, suivant l'exemple de Gaillard Thomas, et treize opérations ont été pratiquées avec quelques variantes dans les procédés opératoires. Nous sa-

vons les résultats : deux morts sur treize opérations et quatre échecs des tentatives de réduction, dont un suivi de mort, soit 30,47 p. 100 d'insuccès et 15,3 p. 100 de mortalité.

La laparotomie ne paraît donc pas, de prime abord, donner des résultats très satisfaisants, et on se rend compte facilement, à la lecture des observations, des difficultés considérables rencontrées même par les opérateurs heureux et de la longue durée des opérations.

Il n'y a guère à faire valoir en faveur de la laparotomie que l'argument d'Everke : facilité d'examiner directement les ovaires et les trompes et d'agir, à leur égard, suivant les résultats de cet examen. L'argument est faible, car, par la colpo-hystérotomie, il est très facile de se rendre compte de l'état des annexes, et la castration totale, dans le cas d'inversion utérine, serait, certes, au moins aussi facile par la voie vaginale que par la voie abdominale.

Un second argument sur lequel Everke s'est appuyé pour conseiller la laparotomie, c'est que les incisions à pratiquer sur la paroi utérine sont peu étendues et que, par conséquent, l'organe se trouve secondairement en situation plus favorable au cas où une grossesse viendrait à se produire. Si les incisions d'Everke avaient porté uniquement sur le col, sa thèse pourrait se soutenir ; mais les figures qui illustrent son mémoire prouvent d'une façon absolument nette que le succès a été dû à des incisions qui ne le cèdent guère en longueur à celles qui ont été faites par la voie vaginale.

Nous ne pensons pas, d'ailleurs, que la longueur de l'incision ait, au point de vue d'une grossesse future, une importance primordiale. Ce qui importe, avant tout, c'est la cicatrisation *per primam* de la plaie. Une bonne suture aseptiquement faite influera plus sur la marche d'une grossesse à venir, que l'économie de 1 ou 2 centimètres d'incision.

Insuccès aboutissant à la castration dans un tiers des cas ; mortalité relativement élevée, voilà les deux raisons qui nous paraissent devoir faire rejeter la laparotomie et donner la préférence à la voie vaginale.

Les incisions pratiquées, par le vagin, sur le col, nous paraissent également devoir être abandonnées, en tant que l'opérateur serait décidé à ne pas pousser l'incision ou les incisions plus loin que le col. Gaillard Thomas, Arnold W. Lea ont échoué, comme moi, par la simple incision du col et d'autres opérateurs, Barnes, Wilson, Doyen, ont formellement constaté que le tissu utérin se déchirait au moment de la réduction. Ce fait n'a rien d'étonnant si on se rappelle les constatations anatomiques de Francesca, Venturini, de Switalski, de Ruge, de Stefano Francese, qui montrent bien, ainsi que l'avait prévu Matth. Duncan, que la sclérose du corps de l'utérus joue un rôle considérable dans les difficultés qui s'opposent à la réduction de l utérus inversé. Une plaie nette faite par l'instrument tranchant, dans les limites voulues par l'opérateur, nous paraît offrir pour la cicatrisation des conditions beaucoup plus favorables qu'une plaie *par déchirement*, dont l'extension ne peut être ni dirigée, ni limitée.

Quant aux débridements portant sur le corps utérin et respectant le col, ils ne font, comme nous l'avons déjà dit, que donner plus de facilité pour le taxis latéral. Leur efficacité est très médiocre (50 p. 100 seulement de succès), et la méthode dite de Küstner nous paraît devoir être abandonnée pour faire place à une méthode d'une exécution plus simple et d'une efficacité plus grande.

Cette méthode, c'est la colpo-hystérotomie que j'appellerai complète, c'est-à-dire, après ouverture d'un cul-de-sac vaginal, la section large de l'une des parois utérines dans toute sa hauteur, depuis l'orifice externe jusqu'au fond.

En réunissant tous les cas opérés suivant ces principes, qu'il s'agisse de colpo-hystérotomie antérieure ou postérieure, nous arrivons à un total de 13 observations ayant fourni 12 succès, soit une proportion de 92,33 p. 100 de succès. Il n'est aucune méthode qui ait à son actif des résultats aussi brillants. Encore faut-il remarquer que l'unique insuccès, celui de Josephson, s'est produit dans un cas où l'inversion datait

de dix-sept ans, cas par conséquent éminemment défavorable dans lequel les autres méthodes auraient vraisemblablement échoué et que, de plus, Josephson, après son incision, a pratiqué le taxis au lieu d'avoir recours à la manœuvre, bien plus efficace, du déploiement et du reploiement de l'utérus.

C'est donc cette méthode de la colpo-hystérotomie qui paraît devoir être préférée, *lorsque les manœuvres manuelles et les procédés de douceur auront échoué*. Encore faut-il ne pas oublier les dégâts et les morts dus au taxis forcé et aux différents procédés de pression continue, et sera-t-il sage de ne pas s'y attarder.

Mais cette méthode générale de la colpo-hystérotomie se divise en un certain nombre de procédés, parmi lesquels il faut faire un choix.

Nous écarterons, tout d'abord, le procédé de Kehrer, non point que nous mettions en doute sa valeur et son efficacité ; mais parceque son extrême complication, suffisamment établie par la description qu'il en donne et que nous avons reproduite, le rend impraticable pour tout autre que pour un chirurgien très habile.

Restent en présence la colpo-hystérotomie postérieure (procédé de Piccoli), exécutée par Josephson, Morisani, Sava, Borelius, Westermark, Duret, Pruntsi, Græve, Heinricius, et la colpo-hystérotomie antérieure, exécutée par Spinelli et par nous.

Ces procédés opératoires se valent au point de vue du résultat immédiat, c'est-à-dire de la réduction de l'inversion. Il semble, cependant, que la colpo-hystérotomie postérieure présente un sérieux inconvénient. Si nous relisons les observations, nous constatons, en effet, que dans quatre cas sur neuf : cas de Westermark (obs. XXXIV), de Borelius (obs. XXXV), de Græve (obs. XXXVIII) et d'Heinricius (obs. XXXIX), il s'est produit, secondairement, une rétrodéviation de l'utérus.

Certes, on peut rattacher cette rétrodéviation à la laxité des ligaments utérins ; mais il n'en reste pas moins remarquable que, dans les cas de Spinelli et dans les nôtres, l'utérus est

resté en antéflexion normale. (Il est vrai que Spinelli avait pratiqué l'hystéropexie vaginale.) Aussi, nous paraît-il que Spinelli a eu raison d'attribuer, dans ces cas, une certaine influence à une adhérence cicatricielle de l'utérus, au niveau de la ligne de sutures, avec le péritoine du cul-de-sac de Douglas. Cette rétrodéviation si fréquente, puisqu'elle a été constatée dans 45 p. 100 des cas traités par la colpo-hystérotomie postérieure, n'est pas sans inconvénient et peut-être pourrait-on la mettre en cause dans l'avortement qui interrompit la grossesse de l'opérée de Westermark.

La facilité de l'exécution doit entrer aussi en ligne de compte dans le choix du procédé. Dans la colpo-hystérotomie postérieure, disait Kehrer, on travaille dans le noir. L'expression est un peu excessive; mais, comme je l'ai déjà fait remarquer (1), le cul-de-sac antérieur, moins profond et mieux exposé donne une voie d'accès beaucoup plus commode que le cul-de-sac postérieur. Bonte, dans sa thèse, déclare que la colpo-hystérotomie postérieure demande plus d'habileté et de sang-froid que l'hystérectomie vaginale. Nous n'avons nullement eu cette impression au cours de la colpo-hystérotomie antérieure qui nous paraît une opération simple ne demandant pas de qualités chirurgicales spéciales.

Le seul reproche qu'on puisse faire à la colpo-hystérotomie antérieure, c'est le danger de blesser la vessie. Ce danger nous paraît bien improbable, par l'excellente raison que, dans presque tous les cas d'inversion chronique de l'utérus, la vessie est complètement décollée de l'utérus et, par conséquent, éloignée du champ opératoire. L'exploration digitale de l'infundibulum d'inversion, exploration qui doit toujours précéder l'incision de la paroi utérine, met, d'ailleurs, absolument à l'abri d'un accident de ce genre.

Nous pensons donc que la colpo-hystérotomie est une excellente opération qui pourra, dans presque tous les cas d'inver-

---

(1) *XIIIe Congrès international de médecine*, Paris, 1900, et *Congrès d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Nantes*, 1901.

sion utérine chronique, permettre d'éviter l'hystérectomie. Ses preuves sont faites à ce point de vue. Nous ajouterons que sur les douze cas que nous avons réunis et où la réduction a été obtenue, deux grossesses se sont produites chez les opérées de Duret et de Westermark. L'une, l'opérée de Duret, a accouché à terme d'une façon normale ; l'autre, celle de Westermark, a fait un avortement à trois mois.

Il est donc bien établi qu'une longue incision utérine ne compromet que bien peu, contrairement à l'opinion d'Everke, la solidité de la paroi utérine au cas de grossesse consécutive et que la colpohystérotomie, si efficace au point de vue du résultat immédiat, nous laisse une réelle sécurité en ce qui concerne l'avenir génital des opérées et la fonction de reproduction.

DE LA CYSTOPEXIE EN GYNÉCOLOGIE

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE NOUVEAU

Par le Dr **Umberto Chiaventone**, accoucheur-gynécologue.

La cystocèle ou prolapsus de la vessie est une affection très commune. Elle n'acquiert d'importance que par son degré plus ou moins marqué : des lésions minimes, ne s'accompagnant que de troubles quasi nuls, ne réclament pas notre intervention. Au contraire, des altérations plus étendues, compliquées de désordres fonctionnels graves, commandent des opérations dont quelques-unes sont même très graves.

En général, toute région de la chirurgie est riche en procédés opératoires variés. Il n'en est pas ainsi en ce qui concerne la cure de la cystocèle.

Les méthodes de cystopexie sont limitées, incertaines, sûrement incomplètes. Ce n'est que dans ces tout derniers temps qu'ont paru des travaux et des conceptions ayant un fondement scientifique et logique, adéquat aux modifications pathologiques de l'organe vésical.

Entre tous ces procédés, quel est celui qui répond le mieux à ces *desiderata*? C'est celui proposé par Paul Petit et par Lawson Tait, lequel reste encore à l'état de conception heureuse n'ayant pas encore reçu de sanction pratique.

J'ai eu à traiter un prolapsus complet de la vessie et j'ai appliqué, par voie abdominale (cœliotomie), une méthode qui m'est personnelle. C'est un procédé étudié longuement, largement expérimenté sur le cadavre et sur les animaux : exécuté avec une technique rigoureuse sur le vivant, il a abouti à un résultat favorable.

Il a sa raison d'être dans l'interprétation précise des nouvelles conditions anatomiques, physiologiques et topographiques dans lesquelles se trouve la vessie prolabée. Conditions qui doivent être exactement connues, car, seule, leur suppression peut permettre de restaurer l'intégrité morphologique, la puissance fonctionnelle et l'harmonie des rapports propres à l'organe lésé.

Saisissant l'occasion de ce fait personnel, je soumettrai à une critique impartiale les procédés chirurgicaux proposés et appliqués par d'autres, car je ne crois pas hors de lieu une longue discussion sur cette question de médecine opératoire, qui me paraît d'autant plus importante par le nombre restreint des procédés proposés, par la rareté de leurs applications, et par l'importance toute spéciale de l'organe atteint. Dans cet exposé, je m'efforcerai d'éviter l'aridité qui irait avec la simple revue d'un chapitre de médecine opératoire, je tâcherai de lui imprimer ce mouvement qui émane des faits, et avant tout je m'efforcerai d'être bref.

* * *

La malade qui nous occupe me fut confiée par l'éminent Dr Signorile. E. B..., âgée de 35 ans. Pas de tare familiale. Dans ses jeunes années, bronchites légères et céphalées répétées. Menstruée à 12 ans. Menstruation régulière, mais avec tendance nette aux ménorrhagies. Quatre grossesses menées *à terme*. Premier accouchement terminé avec le forceps pour inertie utérine. Le dernier accouchement, datant de 3 ans, fut accéléré, à terme : ponction des membranes. Dans les derniers mois, avait apparu le cortège d'une néphrite, et il y avait début d'éclampsie.

En général, les accouchements furent rapides. Et la femme ne gardait le lit que quelques jours, puis reprenait ses occupations, qui l'obligeaient à se tenir debout de longues heures chaque jour.

L'affection dont elle est atteinte se manifesta au cours du

cinquième mois de la dernière grossesse : à ce moment, à l'occasion d'un violent effort de toux, se produisit un prolapsus de l'utérus.

La femme, bien que délicate, est saine de constitution et ne présente aucune lésion des autres organes et appareils. Seul, l'appareil génito-urinaire est atteint.

De fait, à l'examen gynécologique, nous reconnaissons que vulve et plancher périnéal sont normaux. A la commissure vulvaire, l'utérus apparaît prolabé en totalité, au point de laisser voir à l'extérieur tout le col et les deux tiers du corps. En même temps que l'utérus, les parois postérieure et antérieure du vagin sont prolabées. A un examen plus minutieux, nous constatons que la paroi postérieure n'est que partiellement prolabée, dans sa moitié supérieure environ, tandis que la paroi vaginale antérieure est prolabée en totalité.

La vessie a tout à fait abandonné sa situation normale, elle est en totalité prolabée en dehors des organes génitaux ; l'urèthre a une direction verticale, en bas. Le prolapsus de la vessie est, comparativement, plus grand que celui de l'utérus. La miction est douloureuse, incomplète, extrêmement difficile ; en réalité, la lésion qui réclamait une intervention est représentée par un prolapsus incomplet de l'utérus et par un prolapsus total de la vessie.

Le *postulatum* de la chirurgie moderne est bien différent de celui de la chirurgie à une époque qui n'est guère éloignée de nous. L'idéal, alors, consistait dans la mutilation ou dans la destruction des organes, et le mérite du chirurgien paraissait grandir avec l'importance des mutilations, des dévastations qu'il accomplissait dans son audace.

Mais la chirurgie n'est pas seulement faite de la seule virtuosité opératoire, elle est faite aussi de bonne logique et de saine doctrine. Aujourd'hui, le principe directeur est dans le respect de l'entité anatomique d'un organe et de l'intégrité des fonctions à lui dévolues. Cet objectif est notre guide dans toute intervention. Et il est plus facilement réalisable en chirurgie générale. En fait, le chirurgien général s'attaque

à des organes qui, toute la vie durant, conservent un type anatomique déterminé, accomplissent une fonction qui est uniforme et constante.

De cette fixité morphologique et fonctionnelle des organes dérive comme une sorte d'uniformité, de constance dans les lésions qui les peuvent atteindre, constance de lésions à laquelle, logiquement, correspond une uniformité plus grande dans les actes chirurgicaux destinés à les guérir.

Il n'en est pas ainsi en gynécologie.

Les appareils qui sont, dans cette spécialité, un objet d'études, n'ont ni fixité anatomique, ni fixité fonctionnelle, ni fixité de rapports avec les organes voisins.

Anatomiquement, l'utérus de la vierge est bien différent de l'utérus d'une pluripare, comme ce dernier diffère de celui de la femme arrivée à la ménopause. L'utérus à l'état de vacuité diffère aussi beaucoup de l'utérus gravide comme celui-ci de l'utérus puerpéral. Et il ne s'agit pas seulement de différence de forme et de volume, mais de différence de résistance, d'élasticité, de consistance : il y a différence intime et profonde de constitution et de tissu, différence de topographie et de rapports.

La fonction menstruelle n'est pas continue, mais périodique : elle commence à la puberté avec une physionomie particulière et cesse à la ménopause avec un ensemble de symptômes qui lui sont propres.

Grossesses, accouchements, suites de couches se succèdent, se répètent avec une fréquence irrégulière, avec une physionomie diverse, avec des particularités changeantes.

Jeunesse, maturité, vieillesse marquent les grandes dates de la vie organique de la femme et, dans chacune d'elles, l'appareil reproducteur offre des singularités, des nécessités, des particularités tout à fait spéciales : on peut résumer par une formule tout ce qui vient d'être dit en assurant que *l'appareil sexuel de la femme est dans un état de transformation quasi continue.*

De là une variété infinie dans les lésions qui peuvent l'at-

teindre et une variété non moins grande dans les procédés chirurgicaux destinés à les guérir.

Intervention chirurgicale au choix de laquelle doit présider un sens délicat d'éclectisme : car elle doit, non seulement viser l'organe et la lésion qu'il a subie, mais elle doit aussi entrevoir les nécessités fonctionnelles lointaines que cet organe peut être appelé à accomplir.

Un exemple suffira : un prolapsus de l'utérus chez une femme vieille pourra être traité par l'occlusion définitive du vagin ; au contraire, cette méthode thérapeutique sera à rejeter pour une femme encore en âge d'être féconde. Non seulement nous devons laisser perméables les premières voies à cause des nécessités fonctionnelles qui pourraient leur incomber, mais, en traitant le prolapsus, nous devons envisager l'éventualité de grossesses futures et, entre tous les procédés opératoires, choisir celui qui apportera le moins d'obstacles à leur évolution régulière et qui paraîtra assurer le mieux la terminaison normale de l'accouchement.

Pour le chirurgien, une formule peut suffire : réparer, avec un minimum de mutilation, un maximum de lésions. Pour le gynécologue, il convient d'ajouter : avec la condition qu'on respecte les fonctions actuelles et celles qui, latentes encore aujourd'hui, pourront s'établir ultérieurement.

J'ai tenu à insister sur ces considérations pour bien montrer quelle étude approfondie de critique et d'analyse forme la première base de tout acte opératoire, lequel doit être considéré, non comme l'œuvre d'une main hardie et brutale, mais plutôt comme l'expression d'une intelligence qui conçoit bien et veut appliquer judicieusement.

Revenant au cas qui nous occupe, nous aurions pu, pour traiter le prolapsus de l'utérus ou de la vessie, choisir la voie vaginale ou la voie suprapubienne.

Par la voie vaginale, on pouvait songer soit à l'occlusion complète de l'ostium vulvaire, soit à la colporrhaphie médiane qui oblitère en partie le vagin, en le transformant en deux canaux latéraux séparés par un éperon médian.

Mais ces interventions n'étaient pas en harmonie avec l'âge de la femme, celle-ci étant dans le plein de la vie sexuelle; en outre, la lésion eût été réparée de façon insuffisante et incomplète.

Restait la colporrhaphie antérieure qui réduit l'étendue de la paroi vaginale antérieure et, ainsi, combat la cystocèle. Mais, d'ordinaire, ce mode de colporrhaphie est impuissant à combattre le prolapsus grave de la vessie : la récidive, à brève échéance, est à peu près la règle, et l'insuccès est d'autant plus probable que l'ectopie est plus marquée, ce qui était précisément dans notre cas.

Ainsi, on écarte les interventions par la voie vaginale jugée, dans le cas spécial, insuffisante et non appropriée.

Restait la voie suprapubienne. Rappelons qu'on devait, par cette voie, agir autant sur l'utérus que sur la vessie, les deux organes étant prolabés.

Avant de discuter les méthodes de cystopexie proposées par les divers auteurs, et avant d'indiquer celle que nous avons appliquée, il est bon de rappeler l'attention sur l'anatomie de la vessie dans son état normal.

La forme de la vessie n'est pas constante, de même que ne sont pas constants les rapports qu'elle affecte avec les organes voisins. Forme et rapports varient suivant l'état de vacuité ou de distension.

Les diverses régions qui la constituent sont décrites et interprétées diversement par les auteurs; les dénominations par lesquelles on les désigne varient.

Quand on parle de la vessie, il convient donc de fixer à quel moment de sa fonction on veut l'étudier, à quelle description, à quelle nomenclature de ses régions on s'arrête.

Pour nous conformer à ce qui est adopté par la majorité des auteurs, nous considérerons la vessie en état de faible distension et nous lui décrirons une paroi postérieure et une paroi antérieure qui se rejoignent au sommet de l'organe. Il y a ensuite la paroi inférieure ou base de la vessie. Elle s'étend de l'orifice interne de l'urèthre au cul-de-sac péritonéal vésico-

utérin. De cette base, une portion est vaginale et est en rapport étroit avec le vagin (septum vésico-vaginal); l'autre portion est utérine et correspond à la face antérieure du col de l'utérus.

Pour la technique opératoire, il convient de rappeler que la base de la vessie est fixée aux organes sous-jacents (vagin et col de l'utérus) par un tissu connectif lâche qu'il est aisé de dissocier avec le doigt.

A la surface basale est situé le trigone de Lieutaud ; aux deux angles postérieurs s'ouvrent les deux uretères ; à l'angle antérieur, l'orifice interne de l'urèthre.

Il suffit de rappeler que l'intervalle entre les deux orifices urétéraux, représenté par le ligament urétéral, est en moyenne de 2 centimètres et demi. Il est utile, pour être complet, de noter encore que l'épaisseur de la tunique musculaire de la vessie est en moyenne d'un demi-centimètre.

Nous nous occupons de cystopexie ou de fixation chirurgicale de la vessie. Il est donc bien évident que nous devons fixer notre attention sur les moyens de soutien qui assurent la fixation de l'organe dans l'état normal.

La vessie est fixée par son union avec les organes voisins, par le péritoine, par ses aponévroses, par des ligaments qui lui sont propres ; les ligaments supérieurs sont représentés par l'ouraque et par les artères ombilicales oblitérées, les antérieurs par les ligaments pubio-vésicaux.

Pour nous, il suffira de rappeler que le vagin et le col de l'utérus dans sa région sus-vaginale sont le plus solide soutien de la base de la vessie.

L'aponévrose ombilico-vésicale est un autre puissant moyen de fixation de la vessie ; nous nous en occuperons soigneusement quand nous exposerons le procédé de cystopexie proposé par Paul Petit, cette aponévrose étant la clef de voûte en quelque sorte de ce procédé.

Il est bon de retenir que nous nous occupons exclusivement de prolapsus très accusés ; de ceux précisément qui exigent des interventions chirurgicales graves. Nous avons déjà

déclaré que les abaissements minimes non compliqués de troubles fonctionnels ne réclament pas d'intervention ; et que les prolapsus moyens se guérissent par la colporrhaphie.

Le problème qui nous occupe, c'est l'étude du prolapsus total sous le double rapport de sa pathogénie et des procédés chirurgicaux dont il est justiciable.

La condition causale est dans la répétition d'accouchements précipités, sans assistance convenable, dans un traitement défectueux durant les suites de couches, et la reprise, prématurée, d'un travail fatigant dans la position debout.

Les effets de ces facteurs étiologiques sont :

Un relâchement des tissus, des ligaments, des organes pelviens, organes qui arrivent à perdre facilement leur situation normale par diminution de la tonicité des plans périnéaux presque constamment dilacérés.

La colonne vaginale perd sa solidité, l'utérus mal soutenu abandonne son siège ; l'utérus et le vagin prolabés entraînent la vessie qui leur est intimement unie.

Et, point important qu'il convient de souligner : *la cystocèle n'est pas formée par un abaissement de la vessie dans sa totalité.* Ce ne sont pas les parois antérieure et postérieure qui forment le prolapsus; en réalité, il est constitué par la base de la vessie. La paroi antérieure du vagin est distendue, relâchée ; le col de l'utérus abaissé ; la base de la vessie intimement unie à ces organes en suit le déplacement et devient prolabée. Donc, dans la cystocèle, nous devons voir un prolapsus de la base de la vessie.

J'ai tenu à souligner le fait, parce que cette notion d'anatomie pathologique fournit la raison logique de notre intervention.

Nous avons dit plus haut que, pour notre cas, la voie la plus indiquée pour la réparation des lésions était la supra pubienne. Cette voie supra-pubienne peut être extra ou intrapéritonéale.

Jusqu'à ces derniers temps, les méthodes de cystopexie sont restées presque exclusivement extrapéritonéales. Aussi ce

procédé de fixation de la vessie qui s'adresse à la portion de cet organe, située en arrière du pubis, en dehors de la séreuse péritonéale, dans l'espace prévésical qui prend le nom de cavité de Retzius. Cette méthode, qui appartient à Tuffier, est insuffisante pour réparer la cystocèle, et nous la discuterons de plus près.

Une seconde méthode de cystopexie extrapéritonéale est celle qui s'adresse à la vessie à travers le canal inguinal. Pour ce procédé, qui prend le nom de Byford, comme pour tous les autres que la nécessité de la discussion oblige à signaler, je me bornerai à insister sur les particularités qui méritent d'être mises en valeur. Dans la publication qui sera complète. je décrirai exactement dans un appendice-annexe toutes les méthodes de cystopexie proposées et appliquées jusqu'à ce jour.

La méthode de Byford possède une originalité de conception indiscutable ; mais, en pratique, ses résultats sont bien incertains et sa technique opératoire comporte des dangers très graves.

L'originalité de la méthode est dans le fait qu'elle réalise simultanément, à travers le canal inguinal, le soulèvement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds et l'élévation de la vessie qui s'obtient en distendant et en attirant du pubis la paroi antérieure du vagin, plan basal de la vessie.

Schématiquement, voici la technique de ce procédé : incision du canal inguinal profonde, jusqu'au tissu connectif prépéritonéal, et de façon à atteindre les culs-de-sac. A droite et à gauche, dans le cul-de-sac vaginal, application d'une anse de fil dont les bouts sont attirés et noués sur la paroi postérieure du canal inguinal; de cette façon, le vagin est attiré en arrière du pubis et, sur la ligne médiane, soulève la vessie.

Les dangers inhérents à ce procédé sont dans la possibilité de saisir dans l'anse l'un ou les deux uretères qui justement cheminent dans la région où les anses de fil sont appliquées. Danger d'autant plus grand qu'il n'est pas facile de reconnaître la présence des uretères.

Les résultats du procédé ne paraissent pas satisfaisants si nous nous en rapportons à ceux de l'auteur qui l'a appliqué deux fois : dans le premier cas, le résultat espéré ne fut pas atteint ; dans le second, le résultat ne fut que partiel, parce que la dame avait subi l'hystérectomie, et qu'on fit une colporrhaphie qui, par elle seule, avait probablement remédié à la cystocèle.

Les méthodes intrapéritonéales ont cet avantage qu'elles répondent à la fois au prolapsus de la vessie et à celui de l'utérus.

Vlaccos et Dumont abordent la vessie par la laparotomie, et suturent sa paroi antéro-supérieure à la séreuse pariétale. Laroyenne, de Lyon, et Kiriac, de Bucharest, ont proposé un procédé qui a ceci de spécial : ils unissent la paroi postérieure de la vessie à l'utérus et fixent celui-ci aux plans abdominaux par une hystéropexie commune. Si nous résumons les principes directeurs de ces auteurs, nous voyons que pour combattre la cystocèle ils agissent sur la paroi antérieure ou sur la paroi postérieure de la vessie. Examinons si ce mode d'intervention est le plus rationnel.

Nous avons dit plus haut, et il convient de le rappeler, que la cystocèle est constituée par le prolapsus de la base seule de la vessie. Les autres parois ne concourent pas à sa formation. Cette constatation de fait doit être un axiome de chirurgie.

L'anatomie nous enseigne que la base de la vessie est la seule région de cet organe fixe, fixité due à son adhérence avec l'utérus et avec le vagin. Elle nous enseigne que les parois antérieure et postérieure sont libres et extensibles ; que chacune des régions vésicales est autonome et, dans ses mouvements, indépendante des autres.

Il en résulte qu'en agissant sur la paroi antérieure ou postérieure, lesquelles sont libres et extensibles, on ne soulève pas nécessairement la base, qui est fixe.

Les tractions modifieront la forme de l'organe, allongeront un diamètre aux dépens d'un autre qui se raccourcira,

mais elles ne soulèveront pas la base fixée par les adhérences avec les organes sous-jacents, et de plus abaissée par le poids de l'urine qui, à cause des effets de la pesanteur, se collecte dans le fond de l'organe.

Le défaut des procédés que nous discutons actuellement est de ne pas agir directement sur cette région de la vessie, la seule prolabée, et de fixer d'autres régions absolument inaptes à produire une élévation de cette base de la vessie.

Laroyenne et Kiriac réduisent en partie la cystocèle, mais celle-ci est réduite non pas par la cystopexie, mais par l'hystéropexie qui tend le vagin et agit indirectement sur la base de la vessie.

A la technique de Laroyenne, nous devons faire une objection justifiée. Ce chirurgien, pour fixer l'utérus à la vessie et pour éviter d'entrer avec les aiguilles dans la vessie, introduit à travers l'urèthre un doigt-guide dans celle-ci. Cette manœuvre, loin de faciliter l'acte opératoire, le rend plus difficile en immobilisant une main du chirurgien au moment le plus important de l'opération.

D'autre part, sous le rapport de l'asepsie, il n'est pas indifférent qu'une main séjourne au niveau du vestibule du vagin, qu'un doigt, à travers l'urèthre, pénètre dans la vessie pour rentrer ensuite dans la cavité péritonéale à l'occasion des manœuvres ultérieures requises par l'opération.

Puis l'urèthre reste affaissé : il y a danger d'incontinence, production probable de cystite.

Troubles passagers et légers, mais fâcheux, parce que non nécessaires, évitables.

La tunique musculaire de la vessie a une épaisseur de 1 centimètre, qui augmente à peu près du double par l'étirement.

On peut affirmer qu'il est plus difficile de pénétrer avec les aiguilles dans la cavité vésicale qu'il n'est facile de les faire cheminer à travers la seule épaisseur des tuniques vésicales.

Aussi convient-il de ne pas imiter le mode de faire de Laroyenne, parce qu'il est injustifié, inutile, fâcheux.

Avec la discussion de ces méthodes, nous arrivons à celle qui m'appartient. Je dis qui m'appartient, non pour défendre un droit de priorité, mais pour la satisfaction d'avoir imaginé un procédé dont la légitimité est démontrée par l'expérience.

Et puisque nous avons parlé de priorité, je tiens à bien faire connaître, à ce sujet, une profession de foi.

Il est des faits scientifiques de haute valeur qui confèrent une paternité à leurs auteurs. Un exemple : qui parle d'opération césarienne parle de Porro ; pour tous, c'est une gloire. Mais la priorité pour des faits insignifiants, pour des opérations vagues, pour des instruments imaginés ou modifiés, voilà une priorité qui ne s'impose pas, elle est inutile, encombrante, c'est là un champ de mesquines batailles.

Et il serait bon de désencombrer le terrain des *impedimenta* inutiles, de ne pas livrer de petites batailles pour de petits intérêts, et de concourir, tous unis, à un travail fécond qui ne serait pas la gloire d'un seul, mais qui serait un bien pour tous.

Nous avons vu que la cystocèle est formée par la base de la vessie prolabée. En d'autres termes, on peut dire qu'elle est constituée par la base de la vessie qui se relâche, s'abaisse, devient mobile.

Il est évident que l'objectif opératoire doit être de s'attaquer à la base de la vessie et non à ses autres parois qui ne participent pas à la lésion ; que l'effet de cet acte chirurgical devra être de retendre la paroi, puisqu'elle est relâchée, de la remonter puisqu'elle est abaissée, enfin de la fixer, puisqu'elle est devenue mobile.

Cet objectif, je le réalisai par la voie abdominale.

Il faut noter que la laparotomie s'imposait par la raison qu'il fallait traiter aussi le prolapsus utérin, lequel ne saurait être incomplètement ni heureusement réparé par un raccourcissement des ligaments ronds à travers le canal inguinal. La voie abdominale n'est pas, dans ces conditions, indiquée de façon seulement relative, c'est la voie de choix légitimée par une nécessité réelle.

La technique du procédé de cystopexie que j'ai imaginé peut être schématisée de la façon suivante :

La femme étant placée en position de Trendelenburg, le ventre ayant été ouvert par une incision ordinaire (cœliotomie), l'utérus est fixé au moyen d'une pince à griffes et attiré en arrière et en haut.

Le cul-de-sac vésico-utérin est saisi avec deux pinces anatomiques, avec lesquelles on soulève un pli transversal et long, lequel est incisé au bistouri. Le repli séreux vésico-utérin se trouve ainsi divisé en deux feuillets : on les décolle avec le doigt, l'un du col et de la face antérieure de l'utérus, l'autre de la paroi postérieure de la vessie.

Ces deux feuillets étant rabattus en haut, le doigt décolle la base de la vessie sur la ligne médiane, et aussi, sur une certaine étendue, sur les parties latérales du col de l'utérus et de la paroi antérieure du vagin, jusqu'au point où le décollement n'est plus possible, du tissu connectif compact s'étant substitué au tissu lâche situé au-dessus. Or, la ligne de transition du tissu lâche au tissu dense correspond exactement au ligament inter-urétérin, ainsi à la zone au niveau de laquelle sont situés les orifices des uretères dans la vessie, distants environ de 2 centimètres l'un de l'autre. Cette ligne sert de repère au chirurgien pour éviter au cours des sutures de léser les uretères.

De fait, il suffit de manœuvrer avec les aiguilles à quelques millimètres au-dessus de cette ligne : et le moyen le plus sûr de ne pas saisir dans la suture l'un ou l'autre uretère, c'est de ne pas prendre avec les aiguilles la base de la vessie sur la ligne médiane, sur une étendue de plus de 2 centimètres et demi.

Au niveau de la base de la vessie ainsi décollée, sur la ligne médiane, et sur une seule ligne transversale, placer trois fils de suture dont les chefs sont passés et noués sur la face antérieure de l'utérus, 1 centimètre au-dessus du cul-de-sac vaginal antérieur.

Comme effet de cette suture, la profondeur du cul-de-sac

vésico-utérin est réduite des deux tiers ; la base de la vessie est tendue, remontée et fixée à l'utérus, lequel, à son tour, trouve un point d'appui sur la paroi abdominale, à laquelle il est fixé par une hystéropexie ordinaire.

Les trois fils de suture vésico-utérine étant noués, on réunit par une suture continue les feuillets obtenus au début par la section du cul-de-sac vésico-utérin, de façon à rétablir la continuité de la séreuse momentanément détruite. Si une partie de ces feuillets, ce qui est la règle, paraît exubérante, exciser avant de suturer.

Il convient de noter que dans les premiers temps de l'opération, lorsque le décollement de la base de la vessie est complet, une large zone de la paroi antérieure du vagin, sur laquelle il est commode et facile d'agir, s'offre au chirurgien.

Et si, comme il arrive d'ordinaire, la cystocèle s'accompagne d'un affaissement, d'un allongement, d'un élargissement de la colonne vaginale, à ce moment de l'intervention, le chirurgien peut la raccourcir et la tendre par un pli transversal, ou la diminuer par un pli longitudinal suivant les lésions particulières qu'il découvre, suivant leurs caractères et leur degré.

La vessie étant relevée et fixée, en d'autres termes la cystocèle étant réparée, reste le prolapsus à traiter.

A quel procédé d'hystéropexie donner la préférence ?

Dans notre cas, nous avons choisi l'hystéropexie réunissant, par trois points de suture intéressant le corps de l'utérus à la hauteur des insertions tubaires, la matrice au péritoine pariétal et aux muscles droits de l'abdomen. Il faut s'efforcer de fixer l'utérus le plus haut possible pour produire au maximum le relèvement et la tension de la paroi du vagin sur laquelle repose la base de la vessie.

Ainsi, même l'hystéropexie concourt indirectement à la réduction de la cystocèle.

(*A suivre.*)

LES KYSTES HYDATIQUES DU BASSIN ET DE L'ABDOMEN
AU POINT DE VUE DE LA DYSTOCIE

Par le Dr **J. Franta** (de Prague),
Ancien chef de la clinique obstétricale et gynécologique
du professeur **Pawlik**.

(*Suite*).

II

Kystes opérés pendant la grossesse. — Les kystes hydatiques de la cavité abdominale et pelvienne ont été rarement opérés pendant la grossesse : nous n'en avons pu trouver que *vingt-deux* cas (y compris celui de Tédenat) que nous résumons ci-après.

Dans une observation de James Olivier (1), il s'agit, très probablement, aussi d'un kyste hydatique ; mais le diagnostic n'était pas absolument précis et nous laissons cette observation de côté.

Obs. I. — Acquaviva, *Mémoires du Congrès périod. de gynécol., d'obstétr., etc.* ; 2e session, Marseille, 1899, p. 510.

Age : 33 ans.

Grossesse actuelle : VIIIe, au 4e mois.

Siège et volume du kyste : Dans le *foie* un kyste contenant 2 litres et demi de liquide clair.

Opération : *Incision en un temps.* Marsupialisation.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultats : Pour la mère, guérison.

---

(1) Cyst (hydatid ?) in the posterior fornix of vagina. *The Edinburgh medical Journal*, 1897, vol. I, p. 634.

Obs. II. — Fancourt Barnes, *The Provincial medical Journal*, Leicester, 1891, vol. X, p. 328.

Age : 25 ans.

Grossesse actuelle : Ire, à la fin du 1er mois.

Siège et volume du kyste : Dans l'*épiploon* un kyste du volume d'un foot-ball ; un kyste du volume d'une tête de fœtus au *bas-ventre* ; trois kystes du volume d'une orange dans la *cavité pelvienne*.

Opération : *Extirpation* des kystes (le 20 novembre 1890).

Cours de la grossesse après l'opération : Interruption le 6 mars 1891. Placenta prævia.

Résultats : Pour la mère, guérison ; pour l'enfant, avortement, au milieu du 5e mois.

Remarque : Diagnostic : kyste de l'ovaire au pédicule très long.

Obs. III. — Batchelor F.-C., *The Australian medical Journal*, 1883, n° 6, p. 271, t. V.

Age : 34 ans.

Grossesse actuelle : VIe, au 4e mois.

Siège et volume du kyste : Un kyste pédiculé sur la face inférieure du *foie*, du volume du rein.

Opération : *Extirpation* du kyste le 7 mai 1882.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultats : Pour la mère, guérison ; pour l'enfant, accouchement normal, le 2 novembre 1882.

Remarque : Diagnostic : cancer ou tuberculose des glandes mésentériques.

Obs. IV. — Bechert Willy, *Zur Behandlung der Leberechinococcen*. Inaug. dissert., Konigsberg in P., 1894, p. 19.

Age : 36 ans.

Grossesse actuelle : A la fin du 1er mois.

Siège et volume du kyste : Un kyste du *foie*.

Opération : *Incision en deux temps*. Marsupialisation (le 10 et le 15 novembre 1884).

Cours de la grossesse après l'opération : Interrompu 2 mois après l'opération du kyste.

Résultats : Pour la mère, morte 3 mois après l'opération du kyste ; pour l'enfant, avortement au 3e mois.

Remarque : Le 29 janvier 1885, grattage de la fistule abdominale. Érysipèle. Péritonite. Mort le 10 février 1885.

Obs. V. — Bright, *Clinical Memoirs on abdominal tumours and intumescence*, 1861, p. 41.

Siège et volume du kyste : Un kyste suppuré du *foie* occupe presque entièrement la cavité abdominale. Un autre kyste là « où l'on trouve la hernie crurale ».

Opération : *Ponction simple*. Liquide purulent avec des fragments d'hydatiques.

Cours de la grossesse après l'opération : Interrompu trois semaines après.

Résultats : Pour la mère, mort, péritonite ; pour l'enfant, avortement.

Remarque : La grossesse méconnue pendant l'opération.

Obs. VI. — Bristowe J. S., *San Thomas Hospital Reports*, 1882, vol. XI, p. 153.

Age : 26 ans.

Grossesse actuelle : IVe, au 4e mois.

Siège et volume du kyste : Kystes hydatiques *multiples* de la *cavité péritonéale*.

Opération : *Ponction et aspiration* de deux kystes.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultat : Pour la mère, rétablissement.

Remarque : La réduction des kystes ponctionnés était bien manifeste. On n'a diagnostiqué la grossesse qu'après la 2e ponction.

Obs. VII. — Casanova et Poulet, *Revue de chirurgie*, 1888, année VIIIe, p. 207.

Age : 23 ans.

Grossesse actuelle : Ire, au 4e mois.

Siège et volume du kyste : Kyste biloculaire de la *rate*.

Opération : Suppuration après la *ponction* du kyste. *Incision* d'évacuation de 4 litres de pus avec des vésicules hydatiques. Drainage.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultat : Guérison.

Obs. VIII. — Fort, *Revue méd. chir. des femmes*, 1884, p. 260.

Cité d'après S. Remy : *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*, Paris, 1886, p. 95.

Grossesse actuelle : Au 5e mois.

Siège et volume du kyste : Dans la *cavité abdominale*, un kyste énorme contenant 25 litres de pus et des milliers d'hydatides.

Opération : *Laparotomie*, mode inconnu.

Remarque : L'auteur crut avoir affaire à un kyste hydatique de l'*ovaire* ; mais le liquide avait une coloration verdâtre (présence de la bile).

Obs. IX. — Gardner W., *Australian medical Journal*, 1892, vol. XIV, p. 505.

Siège et volume du kyste : A l'hypochondre droit un kyste descendant jusqu'à l'ombilic. Au-dessous de lui une autre poche descendant jusqu'à l'utérus gravide.

Opération : *Ponction* et *aspiration* de la tumeur inférieure. L'aiguille aspiratrice se brisa. Puis ponction et aspiration de la tumeur supérieure, le 30 mars 1890.

Cours de la grossesse après l'opération : Interrompu le lendemain.

Résultats : Pour la mère, rétablissement ; pour l'enfant, avortement.

Remarque : Le 9 avril 1890, incision lombaire ; ponction et aspiration du rein droit sans succès. On pratique tout de suite la laparotomie et trouve un kyste hydatique du *foie* rompu, communiquant avec un abcès limité par des anses intestinales. On trouve aussi l'aiguille brisée. Drainage du kyste et de l'abcès.

Obs. X. — Gerster Arpad, *New Yorker medicin. Monatschrift*, 1897, 20 avril.

Age : 26 ans.

Grossesse actuelle : Multigeste, au 6e mois.

Siège et volume du kyste : Un kyste du volume d'une noix de coco dans la moitié supérieure du *rein droit*. La capsule du kyste calcifiée.

Opération : Le 25 mai, *incision lombaire*, excision d'une partie de la capsule et évacuation du kyste. Le 15 juillet, *extirpation de la capsule* calcifiée après la résection de deux côtes.

Cours de la grossesse après l'opération : Interrompu trois semaines après la 2e opération.

Résultats : Pour la mère, guérison ; pour l'enfant, avortement.

Remarque : Pendant la grossesse la malade rendait des vésicules hydatiques par les urines.

Obs. XI. — Girdlestone F.-M., *Australian medical Journal*, 1888, vol. X, p. 537.

Age : 30 ans.

Grossesse actuelle : IIe, au milieu du 6e mois.

Siège et volume du kyste : Au *bas-ventre* ; monte jusqu'à l'ombilic.

Opération : *Incision en deux temps* (le 6 et le 7 juillet). Marsupialisation.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultats : Pour la mère, guérison ; pour l'enfant, l'accouchement normal à terme.

Remarque : La grossesse méconnue pendant l'opération. Le kyste a été ponctionné 5 fois.

Obs. XII. — Henke-Trendelenburg, in Madelung ; *Beitræge Mecklenburgischer Arzte zur Lehre von der Echinokokkenkrankheit*, 1885, p. 111.

Age : 28 ans.

Siège et volume du kyste : Un kyste du *foie*, bien grand.

Opération : *Ponction double d'après Simon.* Après 8 jours, incision et évacuation du kyste suppuré qui n'adhère pas suffisamment à la paroi abdominale. Suture du kyste à la paroi abdominale, drainage.

Résultats : Pour la mère, mort 10 jours après la ponction. Péritonite purulente.

Obs. XIII. — Jónassen Jónas, *Ekinokoksygdommen belyst ved islandske laegers erfaring*, Copenhague, 1882, p. 170, obs. XXVIII.

Age : 25 ans.

Grossesse actuelle : au 7e-8e mois.

Siège et volume du kyste : *L'épigastre.*

Opération : *Ponction avec canule à demeure.*

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultats : Pour la mère, guérison ; pour l'enfant, l'accouchement normal.

Remarques : Quelque temps après l'opération, elle rendait des vésicules hydatiques par les selles.

OBS. XIV. — MATVJEEFF, *Annales russes de chirurgie*, t. III, 1898, p. 588.

Age : 37 ans.

Grossesse actuelle : Au 4e mois.

Siège et volume du kyste : Un kyste du volume d'une tête de fœtus dans la *rate*.

Opération : *Incision en deux temps* (le 7 et le 18 janv.). Marsupialisation.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultats : Pour la mère, guérison.

OBS. XV. — MIKUCKI-JORDAN, *Monatschrift für Geburtshilfe u. Gynækol.*, 1897, vol. VI, p. 543.

Age : 33 ans.

Accouchements antérieurs : Tous normaux.

Grossesse actuelle : VIIe, au 7e mois.

Siège et volume du kyste : Un kyste suppuré du *foie*, beaucoup plus grand que l'utérus au 7e mois de la grossesse.

Opération : *Incision en un temps* et évacuation de 6 litres de pus. Marsupialisation. Tamponnement de la cavité abdominale d'après Mikulicz.

Cours de la grossesse après l'opération : Interrompu 3 heures après.

Résultats : Pour la mère, mort le 3e jour, péritonite purulente ; pour l'enfant, avortement.

OBS. XVI. — MC. NAMARA, *The medical News*, vol. LXXI, 1897, p. 694.

Age : 31 ans.

Grossesse actuelle : VIIe, ? mois.

Siège et volume du kyste : L'*épigastre* occupé par un kyste énorme. L'*épiploon* parsemé de kystes.

Opération : *Incision en un temps*, évacuation de milliers d'hydatides. Marsupialisation. Ablation d'une grande partie de l'épiploon.

Cours de la grossesse après l'opération : Interrompu 1 mois après.

Résultats : Pour la mère, mort après l'avortement ; pour l'enfant, avortement.

Obs. XVII. — Perchin, *Journal de la Société médic. de Kazan*, 1889, juin et juillet, p. 7.

Age : 32 ans.

Accouchements antérieurs : Tous normaux.

Grossesse actuelle : VIe, au 5e mois.

Siège et volume du kyste : Un kyste du volume d'un petit melon au-dessous du foie, *rétropéritonéal*.

Opération : *Incision en un temps*. Marsupialisation.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultats : Pour la mère, guérison.

Remarque : Ponction exploratrice.

Obs. XVIII. — Rein, *Journal d'obstétr. et de gynécol.* (russe), vol. I, 1887, p. 115.

Age : 25 ans.

Accouchements antérieurs : Il y a 4 ans, accouchement prématuré spontané. L'enfant mort. 2e il y a 3 ans, normal.

Grossesse actuelle : IIIe, au 4e mois.

Siège et volume du kyste : Un kyste du volume d'une tête de fœtus dans l'*épiploon*.

Opération : *Extirpation* du kyste.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultats : Pour la mère, guérison après 20 jours.

Remarque : Diagnostic : kyste de l'ovaire au pédicule très long, ou la tumeur de l'épiploon, du mésentère.

Obs. XIX. — Schröder K., in W.-A. Freund, *Gynækologische Klinik*, vol. I, p. 319.

Age : 22 ans.

Grossesse actuelle : Ire, au 3e mois.

Siège et volume du kyste : Dans l'*excavation du bassin*, derrière l'utérus.

Opération : *Extirpation* du kyste.

Résultats : Pour la mère, guérison.

Remarque : Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Obs. XX. — Selhorst J.-F., *Medisch Weekblad voor Noord-en Zuid-Nederland*, 1898, 18 juin.

Age : 24 ans.

Accouchements antérieurs : Un avortement.

Grossesse actuelle : IIe, au 2e mois.

Siège et volume du kyste : Dans *ligament large droit*, un kyste du volume d'un poing.

Opération : *Extirpation* du kyste. Résection de l'épiploon parsemé de tubercules.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultats : Pour la mère, guérison ; pour l'enfant, l'accouchement normal à terme.

Remarque : Diagnostic : kyste de l'ovaire ou du parovaire.

Obs. XXI. — Tédenat (Inédite). *Kyste hydatique suppuré du lobe droit du foie. Grossesse de 4 mois. Laparotomie. Guérison* (1).

Mme R. R..., âgée de 31 ans, entre dans le service de M. le professeur *Tédenat* le 5 mai 1895 (Hôtel-Dieu de Montpellier).

Bien constituée, sans maladie antérieure, réglée à 13 ans. Grossesse à 25 ans régulièrement terminée.

Depuis cinq ou six mois, Mme R... éprouve de la pesanteur à l'épigastre, de la dyspepsie habituelle, elle a eu quelquefois d'assez vives douleurs dans l'hypochondre droit. Ses règles sont supprimées depuis le milieu de février et tous les signes d'une grossesse datant de cette époque existent.

Il y a dix jours, douleurs vives dans le flanc droit avec fièvre, ballonnement du ventre, quelques vomissements au troisième jour qui n'ont plus reparu. La malade a maigri, est pâle, ne prend qu'un peu de lait qu'elle digère mal.

6 mai. Sous le rebord costal droit, tuméfaction arrondie, douloureuse à la pression, ayant sa partie centrale sur la ligne mamelonnaire. La malade affirme qu'elle avait là une « grosseur ». Le pouls est à 100 le matin, à 110 le soir. La température à 38°,2, 38°,7. Petits frissons dans l'après-midi.

L'urine est claire, peu abondante. La région du rein est souple, indolore. Le professeur Tédenat pense à un kyste hydatique enflammé ; la tuméfaction est moins portée vers l'ombilic que dans la cholécystite, puis il n'y a pas d'ictère.

7 mai. Frisson intense à 6 heures du matin. Douleurs vives. Température 38°,3, pouls 110.

(1) Cette observation inédite est due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, de Montpellier, à qui nous adressons nos plus sincères remerciements.

En présence d'une inflammation qui doit être en voie de suppuration, M. *Tédenat* propose une incision.

Elle est faite verticalement en dehors du muscle droit et correspond à la partie moyenne de la tumeur qui, assez bien limitée, a un diamètre de 10 centimètres. Quelques adhérences du péritoine pariétal. Elles sont décollées sur une hauteur de 5 centimètres, une largeur de 3 centimètres, sans hémorrhagie. On arrive sur la poche kystique, grisâtre avec des points hémorrhagiques. La partie de la poche mise à nu est encadrée par les adhérences. Incision du sac au thermo-cautère. Il sort un litre de liquide contenant des vésicules mortifiées, un peu de bile et une notable proportion de pus. Une plaque de membrane épaisse de 2 millimètres, ayant une étendue de 10 sur 15 centimètres, est expulsée.

Deux drains entourés de gaze iodoformée sont introduits et fixés par des points de suture.

Le soir, le pouls était à 90, la température à 37°,8.

Suppuration abondante pendant cinq jours, la température ne dépasse pas 37°,8.

13 mai. Drains remplacés. Suppuration diminuée. État général beaucoup meilleur; la malade se nourrit abondamment (lait, œufs, purées).

Le 20, poche très réduite. Drain y pénètre à 4 centimètres.

10 juin. Guérison parfaite. Jamais, après l'opération, il n'y a eu aucune menace d'avortement, et la malade a accouché le 28 octobre d'un enfant bien portant, pesant 2.600 grammes.

Obs. XXII. — Thornton Knowsley, *The medical Times and Gazette*, 1878, vol. II, p. 565.

Age : 32 ans.

Accouchements antérieurs : Il y a 3 ans et demi. L'enfant vivant.

Grossesse actuelle : IIe, au 7e mois.

Siège et volume du kyste : Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale et pelvienne.*

Opération : *Extirpation* des kystes de l'épiploon et des kystes pelviens.

Cours de la grossesse après l'opération : Interrompu 8 jours après.

Résultats : Pour la mère, rétablissement lent ; pour l'enfant,

vivant, pesait 3 livres et quart. Mort 12 heures après sa naissance.

Remarque : Les sutures de la paroi abdominale enlevées au 7e jour. Pendant une quinte de toux, la cicatrice éclata. Nouvelle suture de la plaie abdominale. Pansement très serré. Bientôt après, le travail commença. L'accouchement le lendemain. Les sutures de la plaie enlevées au 5e jour. La cicatrice éclata de nouveau. Nouvelle suture de la plaie abdominale. Guérison.

Parité. — Sur 15 opérées chez lesquelles on a noté le nombre des grossesses, 12 étaient *multipares*. Six fois seulement on fait mention des grossesses et accouchements antérieurs : aucun de ces accouchements n'a été compliqué par le kyste hydatique.

Sur ces 22 observations, 17 se rapportent à des kystes hydatiques *solitaires* et 5 à des kystes hydatiques *multiples*.

Siège des kystes. — Les kystes hydatiques *solitaires* ont été trouvés :

7 fois dans le foie ;
2 fois dans la rate (1) ;
1 fois dans le rein droit ;
1 fois dans l'épiploon ;
1 fois dans la cavité pelvienne ;
1 fois dans le ligament large droit ;
1 fois rétropéritonéalement au-dessous du foie.

Trois fois le siège du kyste n'est pas précisé : il occupait le bas-ventre dans le cas de Girdlestone, l'épigastre dans le cas de Jónassen ; dans l'observation de *Fort*, on doit soupçonner un kyste hydatique du foie.

Les kystes hydatiques *multiples* ont été observés 5 fois :

2 fois dans l'épiploon et dans la cavité pelvienne ;
1 fois dans le foie et là « où l'on trouve la hernie crurale » ;
1 fois dans l'épigastre et dans l'épiploon ;
1 fois ils ont été disséminés sur la cavité péritonéale.

Dimension. — A côté de kystes plus petits, du volume d'un

(1) Une fois (obs. de *Casanova* et *Poulet*) le kyste était biloculaire

rein (Batchelor) ou d'un poing (Selhorst), on a observé les kystes du volume d'une tête de fœtus (Matvjeeff, Rein) contenant 2 litres et demi (Acquaviva), « beaucoup plus grand que l'utérus au 7e mois » (Mikucki-Jordan) et aussi tels qui remplissaient la cavité abdominale presque entièrement (Fort, Bright).

Le contenu. — Les kystes contenaient ou du liquide clair comme de l'eau de roche ou du pus ; fréquemment ils renfermaient aussi plusieurs hydatides, dont le nombre était quelquefois très considérable : Fort trouva dans le kyste 25 litres de pus au milieu duquel nageaient des milliers d'hydatides ; dans l'observation de Mc Namara, le kyste renfermait des milliers de petites vésicules transparentes.

Cinq fois on trouva le kyste en *état de suppuration* (Barnes, Bright, Fort, Mikucki-Jordan, Tédenat), ce qui fait 23 p. 100 environ ; dans aucun de ces cas le kyste n'a été ponctionné auparavant.

Nous nous occupons du *diagnostic* dans un chapitre spécial ; il faut constater ici cependant que le diagnostic précis a été établi plus souvent dans la grossesse qu'il ne l'était pendant le travail.

La manière d'opérer, le résultat pour les mères et l'influence de l'opération sur la grossesse sont éclairés par le tableau suivant.

OPÉRATIONS	NOMBRE	LA GROSSESSE normale	LA GROSSESSE interrompue	LA GROSSESSE ?	L'ACCOUCHEMENT spontané	RÉSULTAT POUR LES MÈRES Guérison	RÉSULTAT POUR LES MÈRES †	RÉSULTAT POUR LES MÈRES ?
Ponction simple	1	»	1	»	»	»	1	»
— avec aspiration.	2	1	1	»	»	2	»	»
— double (d'après Simon)	1	»	»	1	»	»	1	»
— avec la canule à demeure	1	1	»	»	1	1	»	»
Incision simple	2	1	1	»	»	2	»	»
Laparotomie en 2 temps.	3	2	1	»	1	2	1	»
— en 1 temps.	5	3	2	»	1	3	2	»
— (extirpat. du kyste)	6	3	2	1	2	6	»	»
— (mode inconnu)	1	»	»	1	»	»	»	1
Résumé	22	11	8	3	5	16	5	1

Résultat de l'opération. — Sur les 21 (1) cas, nous notons 16 guérisons. Dans le cas de Rein (l'extirpation d'un kyste de l'épiploon), la femme pouvait sortir de l'hôpital le 20e jour après l'opération, complètement rétablie. Dans les autres cas, le rétablissement complet était plus lent.

Cinq femmes sont mortes, mais deux seulement (c'est-à-dire 9,5 p. 100) à la suite de l'opération elle-même.

Dans le cas de Bechert, la femme mourut 3 mois après l'opération du kyste (incision en deux temps) de l'infection érysipélateuse qui suivit le grattage de la fistule abdominale ; dans celui de Bright, la malade avorta 3 semaines après l'opération (ponction simple) et succomba quelque temps après à la suite d'un épuisement ; dans le cas de Mc Namara, la femme mourut 6 semaines après l'opération (incision en un temps, marsupialisation), bientôt après un avortement suivi d'une hémorrhagie utérine grave.

Dans ces trois cas la mort ne fut pas la conséquence directe de l'opération elle-même.

Dans l'observation de Henke-Trendelenburg (ponction double d'après Simon, puis incision du kyste) et dans celle de Mikucki-Jordan (incision en un temps), la cavité péritonéale a été infectée pendant l'opération avec du pus renfermé dans le kyste, et les opérées moururent de péritonite purulente ; dans l'un et l'autre cas, on pouvait, par le choix d'une méthode opératoire plus avantageuse, prévenir l'infection de la cavité péritonéale.

C'est la laparotomie qui a donné des résultats de beaucoup meilleurs (mortalité à la suite de l'opération : 7 p. 100) que la ponction du kyste (mortalité 20 p. 100).

Deux femmes ont été opérées au 1er mois, *une* au 2e mois, *une* au 3e mois, *sept* au 4e mois, *trois* au 5e mois, *une* au 6e mois, *deux* au 7e mois et *une* au 8e mois de la grossesse. Quatre fois on n'en fait pas mention.

---

(1) Nous ne connaissons pas le résultat dans l'observation de *Fort*, n'ayant à notre disposition qu'un résumé très court de *S. Rémy* dans son ouvrage : *De la grossesse compliquée de kyste ovarique.*

Six fois on a opéré sans avoir connaissance de l'existence de la grossesse.

Influence de l'opération sur le cours de la grossesse. — On en a fait mention dans 19 cas : dans 11 cas, la grossesse continua son cours normalement. Dans 8 cas, elle a été interrompue. Dans le cas de Mikucki-Jordan, la grossesse fut interrompue trois heures après l'opération ; dans celui de Gardner, deux jours ; dans celui de Thornton, huit jours après l'opération ; la malade de Bright avorta, 3 semaines environ après la ponction ; la malade de Gerster 3 semaines après la 2e opération, celle de M. Namara 1 mois, celle de Bechert 2 mois et celle de Barnes 3 mois et demi après l'opération. Thornton enleva le 7e jour les sutures de la paroi abdominale ; pendant une quinte de toux, la cicatrice abdominale éclata. Nouvelle suture de la plaie abdominale ; pansement très serré ; bientôt après, le travail commençait. Le lendemain, accouchement prématuré.

Dans le cas de Mikucki-Jordan et dans celui de Gardner seulement on doit incriminer l'opération elle-même comme la cause directe de l'interruption de la grossesse ; dans les autres 6 cas, la grossesse n'a été interrompue qu'accidentellement, plus tard, après l'opération du kyste.

A la suite de l'opération du kyste, l'interruption de la grossesse survint 2 fois sur 19 cas seulement (10,5 p. 100).

Cinq fois on fait mention du résultat de l'accouchement ultérieur : Batchelor a opéré le 7 mai, au milieu du 4e mois environ ; l'accouchement le 2 novembre à terme, sans accident. Girdlestone fit l'opération le 7 juillet, au milieu du 6e mois environ ; l'accouchement au commencement du mois de novembre, à terme ; « la mère et l'enfant bien portants ». Jónassen ponctionna le kyste au 8e mois de la grossesse ; l'accouchement normal. Selhorst a opéré au 2e mois ; la grossesse était normale ; l'accouchement à terme sans difficultés, l'enfant vivant. Tédenat fit l'opération le 7 mai, au 4e mois de la grossesse ; l'accouchement le 28 octobre ; l'enfant bien portant, pesant 2.600 grammes.

REVUE GÉNÉRALE

SUR UNE VARIÉTÉ DE MÔLE SANGUINE (HÆMATOMOSA)

Par le Dr **R. Labusquière.**

I

Dans un mémoire récent, G. Davidshon (1) s'occupe de certaines môles ovulaires, sanguines, que déjà, en 1892, Breus avait étudiées d'une façon très minutieuse. Môles sanguines présentant un certain nombre de caractères groupés autour d'un mode tout à fait particulier d'évolution, en raison desquels ce dernier auteur crut pouvoir les distraire des môles charnues ordinaires et les placer dans un groupe à part. Ces caractères observés par Breus étaient les suivants :

1° Il n'y a pas de juste proportion entre les dimensions de l'œuf et l'âge de la grossesse (œuf trop petit) ; 2° l'embryon est très petit en comparaison de l'œuf ; 3° il existe de nombreuses saillies tubéreuses, pointant dans la cavité de l'œuf ; tumeurs plus ou moins volumineuses, les unes étranglées, à leur base, certaines pédiculées (le pédicule pouvant, comme dans un des faits rapportés par G. Davidshon, être remarquablement long), quelques-unes étant sessiles, lobulées, etc. ; 3° enfin, et ceci serait le trait essentiel, l'attribut vraiment propre à ces sortes d'œufs, « *les membranes ovulaires continueraient à croître* APRÈS LA MORT DU FŒTUS, d'où leur ampleur par rapport à la petitesse du fœtus, et aussi la présence de plis, de diverticules membraneux, de dimensions et formes diverses, constituant la capsule des tumeurs, et résultant en

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1901, Bd. 65, Hft. 1, p. 181.

quelque sorte de l'excès d'étoffe, de paroi ovulaire, la cavité utérine ne subissant pas un accroissement parallèle. »

Depuis Breus, d'autres auteurs reprirent la question, Neumann en particulier, dont le travail fut le point de départ d'une vive polémique. En effet, loin d'arriver aux mêmes conclusions que Breus, il fut conduit à l'opinion qu'il n'y avait pas lieu de créer pour ces faits un groupe spécial, et, de plus, il nia formellement le mode évolutif tout particulier invoqué par Breus comme essentiel. Dans ces cas, comme dans les môles sanguines communes, ce sont les épanchements sanguins qui constituent la lésion essentielle. Plis, duplicatures des membranes ovulaires, pédiculisation, etc., des tumeurs ne seraient que productions secondaires, accessoires. Gottschalk, à son tour, prit part au débat, et il convient de noter qu'il signala comme particularité anatomique, propre à ces môles sanguines, le *défaut absolu de développement d'un réseau capillaire, sanguin sur le chorion.*

A son tour, G. Davidshon, à l'occasion de deux faits observés à la « Frauenklinik » de Berlin (professeur L. Landau), reprend la question, et, après avoir soumis à une critique minutieuse les travaux et théories antérieurs, il émet une interprétation nouvelle d'après laquelle : les môles sanguines, réunissant l'ensemble des caractères cliniques requis par Breus, présenteraient comme altération primitive, fondamentale une *hydropisie de l'amnios.*

*
* *

Voici d'abord les deux observations qu'il rapporte *in extenso* parce qu'il put relever des détails histo-pathologiques intéressants, dont certains en particulier ruinent l'opinion de Gottschalk notée ci-dessus :

Obs. I. — 23 ans. 2 années avant, accouchement normal. Jusqu'en octobre 1897, menstruation normale, puis suppression des règles jusqu'en janvier. En janvier, une menstruation normale. Nouvelle suppression des règles. En juin, hémorrhagie abondante accompagnée de douleurs abdominales. Utérus augmenté de volume.

dur, légèrement bosselé, dépassant la symphyse. Orifice externe ouvert; dans le vagin, du sang. *Prescription* : opium, compresses froides sur le bas-ventre (cessation des douleurs et des hémorrhagies). Fin juin, de nouveau, métrorrhagie abondante accompagnée de *l'expulsion d'une tumeur*. Immédiatement, diminution de la perte de sang. Retour de l'utérus au volume normal; utérus non douloureux. *Tumeur* mesurant 9; 5; 5 centimètres. Ouverte, elle laisse écouler quelques grammes d'un liquide un peu trouble, sanguinolent. La présence d'un embryon, pourvu de son cordon, démontre qu'il s'agit d'un œuf abortif. Plus de la moitié de la surface ovulaire est occupée par le placenta. A ce niveau, la face externe est gris jaune, déchiquetée, recouverte de portions de la lame basale et de masses cruoriques fines. L'autre partie est constituée par le chorion *læve*, fibreux, résistant. gris blanc. Caduques vraie et réfléchie manquent. Le stratum placentaire est remarquablement dur et résistant. Il porte, à sa surface interne, un très grand nombre de proéminences, de saillies, de grosseurs diverses, d'un pois à une noix, qui, par leur coloration bleu, rouge cerise, tranchent sur le fond général gris jaune. Peu d'isolées; en général, elles sont plutôt agglomérées et remplissent la cavité ovulaire, au niveau de la zone placentaire, au point que, par pression réciproque, il s'est formé comme des surfaces à facettes. Toutefois, leur forme la plus commune est sphérique ; certaines sont semi-sphériques; d'autres, plus aplaties, à large base; d'autres sphériques, en massue, étranglées à leur base et fungiformes; il en est que des sillons profonds ou latéraux divisent en lobes, etc. — A la coupe, se révèlent des hématomes, ni trop durs, ni trop fibreux, pour la plupart nettement stratifiés, et enfermés dans une membrane mince, résistante, blanchâtre — apparemment, l'amnio-chorion. La membrane amnio-choriale est en certains points rénitente, tendue par son contenu; en d'autres, elle paraît un peu trop ample, lâche, légèrement froncée. L'épaisseur du stratum placentaire atteint un demicentimètre.

La membrane interne de l'œuf, qui apparaît entre les tumeurs hématiques, est aussi inégale, froncée, et, en certains points, transformée en duplicatures, en plis, limitant des fentes, des poches. Sur certains points, on aperçoit de petites saillies blanchâtres, rondes, boutonneuses, pourvues de dépôts calcaires.

Vers le pôle de l'œuf, un embryon également aplati, appendu à

un cordon aplati, long de 10 millimètres. Il présente une incurvation très forte à la nuque et des rudiments nets d'extrémités sans articulations.

Examen microscopique. — Tous les coagula sanguins sont situés entre la caduque et l'amnio-chorion qui forme le revêtement en duplicatures, Pas de démarcation nette entre le tissu connectif de l'amnios et celui du chorion. Il y a cette différence que le stroma de l'amnios est bien homogène, ou très peu fasciculé, pauvre en cellules et totalement dépourvu de vaisseaux, tandis que celui du chorion, outre les petites cellules, non abondantes du stroma, contient incontestablement des capillaires sanguins reconnaissables à la présence d'éléments épithéliaux. L'épithélium amniotique est presque partout parfaitement conservé. A la base de l'hématome, le revêtement amnio-chorial est fixé par des villosités tiges ou par des villosités crampons. Sur les coupes, l'amnio-chorion proémine toujours entre deux villosités fixatrices. Au-dessus des hématomes, l'amnio-chorion est tantôt tendu, élastique, sans villosités, tantôt plissé en manière de fentes, de diverticules pleins de sang, plus ou moins croisés, plus ou moins plissés. Il ne s'agit nullement d'une extension régulière, d'une extension atrophique de la membrane sur les masses sanguines; au contraire, indépendamment de ses replis, la membrane amnio-choriale se développe fortement et porte des villosités courtes, pénétrant dans l'épaisseur de l'hématome. Le stroma est dans ces villosités comme dans les villosités tiges, fibrillaire ; dans ces dernières, en certains points, sont des vaisseaux sanguins capillaires et précapillaires, remplis d'amas thrombosiques et reconnaissables, ici encore, à leur revêtement épithélial, continu.

Les éléments du thrombus apparaissent comme des masses granuleuses ou hyalines.

La surface du chorion, celle des villosités courtes et des villosisités crampons qui en émanent est presque partout tapissée d'une couche de syncitium, en beaucoup de points même d'une couche continue de cellules de Langhans. Presque partout, l'épithélium villeux prolifère, bourgeonne en bandes, faisceaux, bourgeons ou en nappes épaisses, plus diffuses; assez souvent, des bourgeons partis de l'amnio-chorion s'enfoncent dans les coagula intervilleux. Toutefois, en beaucoup de points, tout le tissu, surtout celui des villosités courtes, et particulièrement l'épithélium superficiel est

nécrosé. La nécrose, surtout de l'épithélium, apparaît particulièrement au niveau des villosités qui, du côté de la caduque, forment la base de l'hématome : de ce fait, l'amnio-chorion se trouve soulevé, détaché.

Souvent la base de l'hématome est séparée de la caduque basale par une nappe de fibrine de Nitabuch typique. Les espaces intervilleux contiennent en partie du sang coagulé, en partie des amas de fibrine sans érythrocytes, en partie un tissu avec une substance fondamentale fasciculée ou granuleuse et des éléments cellulaires fusiformes ou ronds. Les villosités ne sont pas notablement denses, ni séparées par des espaces intervilleux particulièrement grands. Au niveau des villosités nécrosées, le stroma est tout à fait homogène, transparent; au niveau des autres, il est fibreux, *sans vestiges d'une vascularisation antérieure*. Souvent, dans le stroma et à la surface des villosités nécrosées, dans les bourgeons émanés des villosités nécrosiques ou dans les coagula sanguins ou fibrineux intervilleux, il y a des dépôts calcaires plus ou moins considérables, parfois très abondants. Les espaces intervilleux, correspondant à ces villosités, communiquent avec les grosses poches, à contenu sanguin, de l'amnio-chorion : celles-ci ne sont d'ailleurs que des dilatations variqueuses des premiers.

De la caduque basale, il n'y a sur la pièce que la couche compacte : un stratum de sang coagulé adhère à l'extérieur, à cette partie de la caduque. Le tissu décidual, en beaucoup de points, a conservé ses caractères essentiels, bien que dans l'ensemble ses éléments soient plus petits qu'à l'ordinaire : par contre, sur d'autres points, il est plus ou moins nécrosé, hémorrhagique ou infiltré d'éléments calcaires ; enfin, par places, les éléments déciduaux ont totalement disparu et le tissu reste formé d'éléments cellulaires et fusiformes diversement mélangés. Les bandes de tissu, à contenu cellulaire, éléments ronds et fusiformes, qui ont été notés dans les espaces intervilleux, se continuent parfois, directement, dans le tissu décidual.

Au niveau de la partie de l'aire placentaire libre d'hématomes, on distingue souvent, assez nettement, le tissu homogène de l'amnios dont l'épithélium est bien conservé de celui de la membrane choriale, plus riche en cellules. Ici encore, on aperçoit, par places, dans le stroma du chorion des fentes, des fissures, souvent ramifiées, limitées par des séries régulières de cellules aplaties.

Partout, l'amnio-chorion suit une ligne brisée, sinueuse, en sorte qu'il est impossible de trouver une zone continue, sans plis.

Beaucoup de villosités, la plupart même, sont, outre leur épithélium, très bien conservées. Ici aussi, la couche de Langhans apparaît, sous le syncitium, bien constituée et la prolifération amnio-choriale est très remarquable. Le stroma villeux est fibreux, sans vaisseaux et sans vestiges de vascularisation; parfois, l'épithélium manque, parfois aussi le stroma est alors nécrosé, transparent, homogène. Les villosités sont tout à fait groupées comme dans l'état normal, ni trop denses, ni trop rares. Les espaces intervilleux sont pour le plus grand nombre remplis de coagula fibrineux, plus rarement de coagula sanguins. Il y a parfois des dépôts calcaires dans les coagula; il s'en rencontre aussi dans le stroma des villosités, où ce stroma est partiellement ou totalement nécrosé. Les petites saillies nodulaires, dures, blanchâtres, apparaissent comme des villosités calcifiées.

Obs. II. — *Œuf abortif* expulsé à la suite d'une forte hémorrhagie survenue au cours du 10e mois de la grossesse. Dimensions de l'œuf : 8,5; 6,5; 6,5 centimètres. Le liquide amniotique s'était écoulé pendant l'expulsion de l'œuf, et celui-ci, comme dans la délivrance normale, s'était retourné, en sorte que la face fœtale regardait en dehors, la face cruentée, utérine, regardant dans l'intérieur des membranes retournées. Embryon et cordon en dehors. L'aire placentaire ne se distingue pas nettement de la caduque capsulaire et du chorion *læve*. Partout, la consistance de la paroi du sac est dure et résistante. Cette paroi est formée d'un épais assemblage de villosités fines, infiltrées de sang, et recouvertes soit par la sérotine, soit par la caduque réfléchie. Nombre d'extrémités villeuses vont non seulement jusqu'à la sérotine, mais jusqu'à la caduque capsulaire et à travers la caduque jusqu'à la surface interne de l'œuf (qui, avant, était externe) qui, sur certains points, paraît villeuse, tandis qu'en d'autres, où sont des restes de caduques ou des dépôts cruoriques, elle se présente irrégulière, déchiquetée. — A la face externe de l'œuf (face interne primitive), plus d'une demi-douzaine d'appendices volumineux, longs de plusieurs centimètres, tous, sauf un, finement pédiculés. L'appendice à la base est, en outre, divisé par un sillon en deux lobes. La consistance de ces protubérances est dure. Elles ont une forme en chou-

fleur, et leur surface présente comme des facettes, effets de compression réciproque. A la coupe, on reconnaît qu'il s'agit de masses dures ; par places, nettement stratifiées, qui font saillie dans des enveloppes membraneuses dures, blanchâtres (plis de l'amnio-chorion). On les extrait aisément de ces poches, que d'ailleurs elles ne distendent pas fortement et qui sont en outre froncées et plissées. Il y a d'autres protubérances, mais celles-ci, plus petites, ne dépassant pas la grosseur d'un haricot, et non polypeuses. La face *externe* (*sur la préparation*) du sac est tapissée par l'amnios très dur, épaissi, difficilement séparable, et formant fronces et plis nombreux. En plusieurs points — même au niveau de la partie capsulaire de l'œuf — ces replis sont flasques, longs de 1 centimètres et demi, fortement étranglés à leur base, en partie lobés. A un cordon long de plus de 3 centimètres est appendu un *embryon* long de 9 millimètres, cylindroïde, incurvé, bien conservé, sans vestiges d'extrémités.

Examen microscopique. — 1° Coupe d'un deshématomes volumineux : dans les parties périphériques du caillot, traces de stratification. Revêtement amnio-chorial, le chorion ne laissant entrevoir des villosités qu'en de rares points. Le revêtement paraît plutôt uniformément résistant. Il est partout très froncé, plissé, beaucoup plus qu'on ne l'aurait imaginé à l'examen macroscopique. Par places existent des duplicatures sans contenu, bien qu'en général du sang coagulé emplisse les petits diverticules superficiels. Entre le coagulum et la poche existe souvent une fente, une scissure résultant de la rétraction du caillot. Amnios et chorion se continuent sans ligne nette de démarcation. Dans la substance fondamentale fibrillaire, transparente, se voient de rares cellules, rondes ou allongées. L'épithélium amniotique, la couche syncitiale du chorion existent en général, celle-ci, à la vérité, très aplatie, atrophiée. Sur l'épithélium amniotique, des dépôts granuleux jaunâtres ; *nuls vaisseaux*, *nulle trace de vaisseaux dans le chorion*.

2° Coupe d'une des petites tubérosités hématiques, isolées, à large base, de la grosseur d'un haricot (paroi voisine du sac comprise). A ce niveau, le plissement de l'amnio-chorion sur le coagulum est énorme, fronces sinueuses, plis de formes diverses, etc. L'amnio-chorion est un peu plus large qu'au niveau des *grands hématomes*; le chorion émet des villosités assez nombreuses, courtes ou longues. L'amnios, tapissé par un épithélium normal, se

distingue mieux du stroma fibreux du chorion. Sur quelques points de ce dernier, des granulations pigmentaires brun jaune, de dimensions variables ; çà et là aussi, de fines fentes sinueuses, libres, tapissées de fines cellules (vestiges de vaisseaux capillaires ?). Syncitium, par places, très développé, mélangé par places à la couche de Langhans. On rencontre assez fréquemment des proliférations chorio-épithéliales, bourgeons de syncitium ou amas cellulaires abondants.

Des villosités choriales denses limitent vers la caduque la portion basale de l'hématome. Un certain nombre de villosités ont un stroma fibrillaire et un épithélium syncitial rarement à deux couches, siège de phénomènes de prolifération plus ou moins actifs ; d'autres n'ont pas de revêtement épithélial ; d'autres enfin sont nécrosées, hyalines. Dans les espaces intervilleux, tantôt des amas purement fibrineux, plus rarement du sang coagulé, quelquefois de petits îlots de cellules déciduales passablement conservées. Ici, les dépôts calcaires sont tout à fait remarquables, ils infiltrent aussi bien le contenu des espaces intervilleux que le stroma, l'épithélium et les bourgeonnements épithéliaux des villosités nécrosées. On voit encore des dépôts calcaires sur certains points du chorion.

Dans ce cas, comme dans le premier, les tiges villeuses forment la limite basale de la tumeur amnio-choriale hématique. On n'aperçoit de vestiges de vaisseaux ni dans ces villosités, ni dans les villosités plus petites. *La caduque basale est entièrement nécrosée.* Les éléments cellulaires, à ce niveau, sont exclusivement représentés par des amas plus ou moins abondants de cellules rondes uni ou multinucléées qui, sous forme de traînées, de tractus poussent presque dans les espaces intervilleux. Sur quelques points seulement, et tout à fait à la surface, sont des bandes de cellules fusiformes et des vaisseaux gorgés, turgescents.

La paroi du sac, correspondante à l'hématome, présente surtout le plissement énorme de l'amnio-chorion. Les plissures, de toutes formes, sont plus ou moins remplies de sang.

3° D'autres points de la paroi de l'œuf (libre d'hématomes) présentent une infiltration un peu plus abondante de fibrine ou de sang, une nécrose étendue des villosités, celles-ci présentant des rapports de distance normaux, de rares dépôts calcaires et, de nouveau, des plicatures de l'amnio-chorion.

*
* *

Ces deux faits relatés, l'auteur expose les considérations critiques auxquelles nous avons fait allusion et qui ont pour objet les théories pathogéniques antérieures, et aboutit à ces premières conclusions qui lui serviront à édifier sa théorie personnelle.

1° La persistance de l'accroissement des membranes ovulaires après la mort du fœtus n'est ni démontrée ni vraisemblable ; 2° l'augmentation de volume de l'utérus cesse dès que le fœtus meurt ; 3° l'œuf, rempli d'hématomes, prend plus de place dans l'utérus que cet organe n'en donne à un œuf dont les dimensions correspondent à celles de l'embryon ; 4° la disproportion entre le fœtus et la paroi de l'œuf n'est pas seulement apparente ; elle est bien réelle.

Comme aussi le sac ovulaire et la cavité du corps utérin sont beaucoup plus grands que le sac et la cavité d'un embryon mort vers le 2e mois ou plus tôt, et que d'autre part cet agrandissement de l'œuf et de la cavité ne peut être survenu après la mort du fœtus, une seule conclusion s'impose : *la disproportion existait déjà au moment où le fœtus a succombé*. Cela conduit à la question suivante : *Existe-t-il des œufs où, l'embryon étant mort et relativement petit, la poche ovulaire est relativement trop grande, trop ample en même temps que la cavité utérine est trop développée ?* Oui, les *œufs atteints d'hydramnios*.

Mais ces œufs peuvent-ils expliquer les caractères anatomiques et cliniques des môles hématiques ? Oui. L'hydramnios reconnaît des causes diverses, bien qu'on soit d'autant moins sûrement fixé sur sa pathogénie, qu'on discute encore sur la vraie origine du liquide amniotique. Toutefois, ce fait reste acquis : au cas d'hydramnios, en général, le fœtus ne se développe pas normalement ; lorsque la grossesse n'est pas interrompue de bonne heure ou qu'elle ne finit pas avant terme, c'est-à-dire quand l'hydramnios est chronique, le fœtus est plus ou moins atrophié prématurément : 1° Le fait de la *disproportion entre l'œuf et la poche ovulaire se trouve du coup*

réalisé. Que l'expulsion prématurée de l'œuf n'ait pas lieu, et que le fœtus meure, qu'il se produise une résorption du liquide amniotique ou un suintement graduel de ce liquide, alors, par suite de l'abaissement de la pression intra-ovulaire, il se produira des hémorrhagies sous-choriales, amenant un décollement plus ou moins étendu de l'amnio-chorion, c'est-à-dire qu'il y aura formation d'hématomes sous-choriaux, qui tendront à occuper l'espace devenu libre par la résorption ou l'écoulement du liquide amniotique. 2° *Hématomes sous-choriaux saillants dans la cavité de l'œuf*. Puis la rétraction survient, la quantité du liquide amniotique diminue de plus en plus, l'utérus se contracte peu à peu de plus en plus, et la paroi du sac se plisse en dedans, entre les hématomes, d'où 3° le *plissement excessif de l'amnio-chorion*, plissement auquel concourt aussi le courant sanguin intervilleux aussi longtemps que la circulation persiste à ce niveau après la mort du fœtus.

La rétraction de l'œuf continuant, elle entraîne comme effets l'étranglement, la pédiculisation, la lobulisation des hématomes, c'est-à-dire 4° la *formation des tumeurs hématiques répondant bien à celles décrites par* Breus. En ce qui concerne le siège des hématomes, ils pourront se rencontrer soit au niveau du placenta, soit au niveau du *chorion læve* aussi longtemps du moins que la circulation inter-villeuse persistera au niveau de ce dernier.

C'est aussi au mouvement de rétraction qu'il faut rapporter l'épaississement de l'amnio-chorion, la dureté, la résistance du placenta et des hématomes. D'autre part, comme par suite de la diminution du liquide amniotique et malgré la formation des hématomes, le volume de l'œuf diminue plutôt qu'il n'augmente, on conçoit que l'utérus ne réagisse pas vivement pour l'expulser. Il s'ensuit le fait clinique de l'« *avortement manqué* », qui explique aisément le *défaut de proportion de l'œuf par rapport à l'âge de la grossesse*, constaté sur les môles hématiques.

Au résumé, on voit que tous les caractères typiques de la « *môle hématique* », savoir : 1° dimensions trop réduites de la

poche ovulaire par rapport à la durée de la grossesse ; 2° développement minime de l'embryon ; 3° hématomes sous-choriaux tubéreux, fungiformes, pédiculés et lobés, ou segmentés; 4° plissement excessif de l'amnios et du chorion, s'expliquent de la manière la plus aisée par l'hypothèse d'une *hydramnios primitive* qu'il faut ajouter, comme attribut générique, aux quatre autres caractères de cette variété de môles sanguines.

II

Dans le même numéro des *Arch. f. Gyn.* qui contient la monographie de G. Davidshon, le Dr Micholitsh publie un fait intéressant observé dans le service du professeur Wertheim (à Vienne) : cas de *môle sanguine, type de Breus, coïncidant avec la dégénérescence vésiculaire des villosités choriales* (1).

Obs. — ... 38 ans. 8 accouchements antérieurs normaux. Jamais de douleurs abdominales ; menstruation régulière. En octobre 1900, elle consulte à l'hôpital pour savoir si elle est enceinte. Dernière menstruation, commencement de juillet. On diagnostique une grossesse de 3 mois lunaires. Le 22 mars 1901, elle se présente de nouveau. Depuis novembre 1900, elle a eu des pertes vaginales peu abondantes, mais depuis un certain temps elle ressent des douleurs dans la région sacrée. L'utérus a la grosseur d'un poing d'adulte. Sa consistance est irrégulière, des parties dures alternent avec des parties molles.

Diagnostic : grossesse molaire. Au bout de 2 jours, l'œuf molaire est expulsé, avec des douleurs et un écoulement sanguin modérés. La surface externe de l'œuf, à peine gros comme le poing (grossesse de 9 mois lunaires), est en partie semée de vésicules, de la grosseur de grains de plomb à celle de pois, et disposées en grappe. Sur certains points, la caduque est conservée et traversée par les villosités choriales, dégénérées en vésicules. Après ouverture de l'œuf, qui ne contenait qu'une faible quantité de liquide amniotique hémorrhagique et trouble, on aperçoit le type de la môle san-

(1) *Arch. f. Gyn.*, Hft. 65, Hft. 1, p. 181.

guine, décrit par Breus : la cavité ovulaire est pleine d'un grand nombre de tumeurs saillantes, pédiculées ou lobulées, de coloration bleu sombre. L'amnios qui les recouvre présente çà et là un plissement remarquable. Dans la profondeur, entre plusieurs de ces tumeurs protubérantielles, se trouve un embryon bien conservé, long de 11 millimètres, appendu à un cordon hydropique long de 2 centimètres et demi. Le plissement de l'amnios est surtout marqué au voisinage de l'insertion du cordon.

L'auteur signale d'abord, dans cette observation, l'infiltration inflammatoire forte de la caduque, particularité qui cadre bien avec l'opinion de Virchow que *la môle vésiculaire est la conséquence d'un état irritatif de la caduque enflammée*.

Enfin, et surtout, il insiste sur la coïncidence exceptionnelle, sur un même œuf, de la dégénérescence choriale hydatiforme et de la môle sanguine, si exceptionnelle qu'il n'existerait pas, dans la littérature médicale, un autre fait de ce genre.

BIBLIOGRAPHIE

Vingt planches photographiques sur des opérations gynécologiques, en particulier sur la colpo-cœliotomie conservatrice (*Zwanzig photographische Wandtafeln zur gynækologischen Operationslehre speziell zur conservativen Kolpo-Cœliotomie*), par A. Dührssen et Eugène Zeile. Karger, éditeur, Berlin, 1902.

Les lecteurs des *Annales* connaissent le procédé de kolpo-cœliotomie antérieure que le professeur Dührssen a exposé dans ce recueil il y a quelques années.

Les 20 planches photographiques, composant l'atlas dont nous annonçons ici la publication, permettent, mieux que toutes les descriptions, de suivre les différents temps du procédé opératoire appliqué à diverses lésions. De grandeur naturelle, fort bien exécutées, ces planches sont accompagnées d'un court texte explicatif en trois langues, allemand, anglais et français ; c'est dire qu'elles peuvent être mises à profit par tout le monde. On peut sur elles

suivre les différents temps de l'opération, qu'il s'agisse de la kolpo-cœliotomie simple suivie de vagino-fixation ou de la kolpo-cœliotomie, voie préliminaire mettant à même d'exécuter une opération sur les trompes et les ovaires en cas d'annexite, sur l'utérus dans le cas de myome, permettant même, comme le montre une photographie, d'extirper par la voie vaginale de volumineux kystes de l'ovaire.

Une petite brochure de Dührssen annexée à l'atlas donne le résumé des cas dont on a photographié l'opération. Avec un pareil guide, tout gynécologue est mis à même de pratiquer la kolpo-cœliotomie qui, pour le professeur de Berlin, doit occuper une place considérable en gynécologie. Pendant l'année 1900, il n'a pas pratiqué moins de 133 cœliotomies vaginales conservatrices alors qu'il ne faisait que 26 cœliotomies abdominales conservatrices. On peut avoir une opinion différente sur l'importance qu'il faut attacher à la voie vaginale. N'empêche qu'il est toujours intéressant de posséder des documents précis permettant de suivre d'une manière exacte la technique d'une opération jouissant d'une expérience aussi étendue. H. H.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Baldy. A few Unusual Conditions in Gynecol. Practice. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 229. — **Bennett (W.)**. The Causes a. Significance of Phantom Tumours. *The Lancet*, janvier 1902, p. 1. — **Bossi**. Prophylaxie gynécologique. *La Gynécologie*, 1902, nº 1, p. 34. — **Byron-Robinson**. The Utero-Ovarian Artery. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1901, nº 6, p. 481. — **Chase**. General Treatment in Gynec. Patients. *Am. J. Obst.*, janvier 1902, p. 81. — **Engelmann**. Decreasing Fecundity Concomitant with the Progress of obstetric a. gynec. Science. *Philadelphia med. J.*, janvier 1902, p. 121. — **Hobbs**. Pelvic Lesions in Relation to their Distinctive Effects upon Mental Disturbance. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 186. — **Jackson (H.)**. Some Points of value in the Diagnosis of Diseases of the abdominal organs. *The Boston med. a. surg. J.*, février 1902, p. 225. — **Murphi**. Rezezione del retto per vaginam. *La Clinica ostet.*, janvier 1902, p. 1. — **Marchant (G.)**. Les fistules périnéo et recto-vaginales. Traitement par l'abaissement de la muqueuse rectale. *Bullet. et mém. soc. de chirurg.*, Paris, mars 1902, p. 321. — **Merletti**. Ricerche anatomo-cliniche intorno alla tuberculosi genitale della dona. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1901,

nº 12, p. 714. — **Neugebauer**. Ein interessanter Fall von Zweifelhaftem Geschlecht eines erwachsenen als Frau verheiratheten Scheinzwittert. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 7, p. 171. — **Neumann** (**A.**). Zur Frage der künstlichen Sterilität phthisischer Frauen. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 12, p. 301. — **Nicholson**. A Review of the literature of ovarian transplantation. *Un. of Penna Medical Bulletin*, Philadelphia, janvier 1902, vol. XLV, nº 11, p. 401. — **Pearse**. Retrogression in mammary carcinoma. *British med. J.*, janvier 1902, p. 161. — **Pflanz**. Pubertätshypertrophie beider Mammæ. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 2, p. 43. — **Richardson** (**H.**). The Significance, Pathological a. Clinical of Abdominal Pain. *The Boston med. a. surg. J.*, 1902, nº 2, p. 187; 219. — **Roger**. Anomalies génitales. *La Revue médic.*, 1902, nº 24, p. 279. — **Roorda Smit**. Utero infantile, hymen imperforado. *Revista del centro med. de Cordoua*, décembre 1901, p. 125. — **Romer**. Ueber scheinbar primare, in Wirklichkeit metastatische Krebserkrankung der inneren Geschlechtsorgane bei Tumorbildung in Abdominalorganen. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. LXVI, Hft. 1, p. 144. — **Spitzly**. Carcinoma and Malaria. *British med. J.*, janvier 1902, p. 16. — **Walter**. A Case of Non-Surgical Premature Menopause with Remarks. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 195. — **Wernitz**. Zur Behandlung der Sepsis. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 5, p. 146.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS. — **Coen** (**J.**). Nouveau lit pour opérations chirurgicales. *La Gynécologie*, décembre 1901, p. 519. — **Ellis** (**J.-N.**). The Angiotribe : its Use and Abuse. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1901, nº 6, p. 508. — **Falk** (**O.**). Anatom. Material der Atmokausis. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janv. 1902, p. 20. — **Knapp** (**L.**). Ein gynäkologisches Demonstrations und Uebungsphantom. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 12, p. 306. — **Lea** (**A.**). Spinal anæsthesia by cocaine in gynecology. *The med. Chronicle*, décembre 1901, p. 161. — **Leopold**. Ueber die schnelle Erweiterung des Muttermundes mittelst der Dilatorium von Bosse. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. LXVI, Hft. 1, p. 198. — **Noble** (**Ch.**). The Half-Hitch Suture. A new Suture for Use in anterior Colporrhaphy. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 242. — **Simpson** (**F.**). A Catheter. *Am. J. Obst.*, janvier 1902, p. 98. — **Stoeckel**. Ein sich selbst haltendes Bauchspeculum. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 4, p. 94. — **Toff**. O inbunatatire a soudei intra-uterine dilatatrice a lui Doleris. *Revista de chirurg.*, p. 540.

VULVE ET VAGIN. — **Baudouin**. Hématocolpos total par atrésie de l'hymen. *La Touraine méd.*, 1902, nº 1, p. 3. — **Baum**. Die operative Behandlung des Scheides und Gebärmutter vorfalles. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. 65, Hft. 3, p. 596. — **Bernheim**. La tuberculose primitive du vagin. *Thérapeut. contemporaine*, 1901, nº 78, p. 637. — **Bluhm** (**A.**). Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der polypösen Schleimdrüsenkystome des Labium minus. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 5, p. 113. — **Campacci**. Il Carcinoma primitivo della vagina e la sua cura chirurgica. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, nº 12, p. 1141. — **Castaing** et **Dieulafé**. Des kystes du vagin. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris, 1er janvier 1902, pp. 23-34. — **Donati**. Kasuistische Beitrage zum Scheddendefekt. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 8, p. 193. — **Hellier**. Case of vaginal Cyst procident from the vulva. *J. of Obst. a. Gyn. of the Brit. Empire*, 1902, nº 1, p. 291. — **Hengge**. Hermaphr. beim Menschen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Marz 1902, p. 270. —

Kellner. Ein Fall von Hermaphroditismus lateralis. *Deutsche med. Woch.*, 2 janvier 1902, p. 21. — **Killebrey**. Gonorrhea in Women. *Med. News*, janvier 1902, p. 157. — **Ladiuski**. Elephantisis of Labium Majus, Fibroma of Labium Majus. *Am. J. Obst.*, janvier 1902, p. 70. — **Marion**. Les kystes du vagin. *Gazette des hôpitaux*, 1902, n° 13, p. 117. — **Rosenstein**. Ueber Kraurosis vulvæ. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XV, feb. 1902, p. 167. — **Scharp**. A Case of vagina duplex. *The Lancet*, janvier 1902, p. 225. — **Seeligmann**. Zur Aetiologie und Therapie des Pruritus vulvæ. *Deuts. med. Woch.*, 27 fév. 1902, p. 153. — **Smith (R.)**. Fibromyomatous Tumors of the vagina. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 145. — **Spinelli**. La Elitroceliotomia diagnostica e profilattica nell'aborto tubarico. *Archivio ital. di Ginec.*, décembre 1901, p. 453. — **Treub**. La Colpotomie. *Rev. de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1902, n° 1, p. 3. — **Van Hassel**. Epithelioma du clitoris. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1901-2, n° 5, p. 109. — **Walter**. A Case recurrent papilloma of the Vagina. *Trans. of the North of Engl. obst. a. gyn. Soc.*, janvier 1902, p. 10. — **Weissbart**. Pseudo-hermaphrod. mascul. externus. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Marz 1902. — **Williams (R.)**. Sarcoma of the vagina. *J. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, avril 1902, p. 400.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRAPHIE. — **Amann**. Totale Inversion der Uterus. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janv. 1902, p. 36. — **Beahan**. The immediate Repair of injuries of Parturition. *Philadelphia med. J.*, janvier 1902, p. 133. — **Bulius (G.)**. Zur Topographie des Uterus und der Blase nach Alexander-Adams' operation. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 3, p. 63. — **Cameron et Lockhardt**. The Relation of Ventrofixation to subsequent pregnancies. *J. of Obst. a. Gyn. of the Brit. Empire*, 1902, n° 1, p. 283. — **Cushing**. Treatment of Inversion of Uterus. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1902, n° 1, p. 1. — **Cushing**. Treatment of Inversion of Uterus. *The Boston med. a. surg. J.*, février 1902, p. 163. — **Donald (A.)**. The operative Treatment of Prolapse of the Uterus and Vagina. *J. of Obst. a. Gyn. of British Emp.*, 1902, n° 1, p. 312. — **Godart**. Traitement de l'utérus fixé par des adhérences pathologiques. *La Policlinique*, Bruxelles, 1902, n° 5, p. 109. — **Hassel**. Rétroversion utérine adhérente. Cloisonnement du vagin. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1901-1902, n° 5, p. 111. — **Mac Evitt**. Suspension and fixation for Uterus Displacements. *Brooklyn med. Journ.*, March 1902, p. 117. — **Matile et Bourquin**. Prolapsus invétéré de la matrice. Chute sur le dos. Éviscération par le vagin. Réduction. Guérison. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1902, n° 2, p. 172. — **Pedersen**. Ventrofixation : a suggestion. *Med. News*, mars 1902, p. 392. — **Rossier**. Les déchirures périnéales. *Bullet. mensuel de la Soc. Vaudoise des sages-femmes*, 1902, n° 2, p. 13.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Alterthum**. Zur Pathologie u. Diagnose der Cervixtuberculose. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 8, p. 197. — **Bertino (A.)**. Sulla ipertrofia longitudinale della porzione vaginale del collo dell' utero. *Archiv. di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 2, p. 90. — **Caruso (F.)**. Sul modo di prodursi della perforazione uterina nel raschiamento. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, 1901, n° 12, p. 709. — **Dolé-ris**. Métrite cervicale. *La Gynécologie*, décembre 1901, p. 490. — **Fochier**. Utérus bicorne fibromateux. *Bullet. de la Soc. de chirur-*

gie de Lyon, 1901, n° 5, p. 301. — **Fothergill**. A Series of Sections of uterine Cast from Cases of membranous dysmenorrhœa. *Trans. of the North of Eng. Obst. a. Gyn. Soc.*, janvier 1902, p. 7. — **Fry**. The Surgical Treatment of painful menstruation. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, n° 6, p. 495. — **Gottshalk**. Eine besonderer Art Senilerhœmorrhagischer leukocytörer Hyperplasie der Gebarmutterschleismhaut. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. LXVI, Hft. 1. — **Hyde**. Curettage. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, n° 6, p. 533. — **Lockyer**. Septicœmie uteri with bacteriological Investigation. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 304. — **Petit** (**P.**) Pseudométrites. *Le Concours méd.*, 1902, n° 2, p. 29. — **Pichevin**. Traitement de la cervicite chronique par le caustique de Filhos. *La Semaine gynécologique*, Paris, 21 janvier 1902, p. 17. — **Richelot**. Sur le traitement de la métrite cervicale. *La Gynécologie*, décembre 1901, p. 481. — **Richelot**. Sur le traitement de la cervicite chronique par le caustique Filhos. *La Semaine gynécologique*, Paris, 4 février 1902, p. 33 — **Siredey**. La métrite parenchymateuse chronique. *La Gynécologie*, 1902, n° 1, p. 1. — **Stavelg**. Developmental Anomalies of the Uterus with Reports of Cases. *Am. J. Obst.*, janvier 1902, p. 40 — **Theilhaber** et **Meier**. Die Variationen im Bau des Mesometrium und deren Einfluss auf die Entstehung von Menorrhagien und von Fluor. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXVI, Hft. 1, p. 1. — **Theilhaber**. Das Wesen der Dysmenorrhœ. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 3, p. 66. — **Vedeler**. Metritis hysterica. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. LXVI, Hft. 1, p. 176. — **Ward**. Uterus Didelphys with a Pyosalpinx. *Am. J. Obst.*, janvier 1902, p. 59.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Adamkiewicz**. Two Cases of uterine Cancer successfully Treated with Cancroin. *The Lancet*, février 1902, p. 288. — **Aubery**. Volumineux fibrome interstitiel de l'utérus enlevé par la méthode de Martin. *La Loire méd.*, 1902, n° 1, p. 1. — **Baldy**. Primary Carcinoma of the Uterine Fundus. *Philadelphia med. J.*, janvier 1902, p. 131. — **Bland-Sutton**. On two contrasted Cases of Hysterectomy : one during Pregnancy, the other in Puerpery. *The Lancet*, janvier 1902, p. 17. — **Bogdanik**. Conservative Extirpation von Uterusmyomen. *Wiener mediz. Wochensch.*, 1902, n° 3, p. 354. — **Campbell**. Myomectomy : Its Place in the Tréatment of Fibromyomata of the Uterus. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1902, n° 2, p. 73. — **Carstens**. Vaginal Hysterectomy with four and half Months' Pregnancy and closed Cervix. *Am. J. Obst.*, janvier 1902, p. 74. — **Chavannaz**. Deux cas d'intervention pour occlusion intestinale par fibrome utérin. *Rev. mens. d'obst., gyn. et pæd.*, Bordeaux, 1902, n° 12, p. 502 — **Daniel**. Faulty uterine Growth. *The Boston med. a. surg. J.*, février 1902, p. 160. — **Duret** (**H.**). Psoïtis et hystérect. vaginale. *Sem. gyn.*, 25 mars 1902. — **Emanuel**. Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Drüsenkrebs und Hornkrebs im Uteruskorper, zugleich ein Beitrag zur Histogenese des primaren Hornkrebses. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, Bd. XLVI, Hft. 3, p. 434. — **Fairchild**. Diffuse Sarcoma of the Uterus. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1902, n° 1, p. 14. — **Fochier**. Sur deux cas d'hystérectomie. *Bullet. de la Soc. de chir. de Lyon*, 1901, n° 5, p. 291. — **Galabin**. Subperitoneal fibromyome. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 225. — **Galabin**. Sarcoma of uterus. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 226. — **Gemmell**. Early Carcinoma of the body of the

Uterus. *North of Engl. Obst. a. Gyn. Soc.*, décembre 1901, p. 87. — **Greene Cumstom**. The Surgical Aspects of Carcinoma Uteri Complicating Pregnancy, Labor and the Puerperum. *Am. J. Obst.*, janvier 1902, p. 1. — **Greene Cumstom**. The Diagnosis of Carcinoma of the Corpus and Cervix Uteri. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1902, n° 3, p. 129. — **Guimard**. Tumeur fibreuse de l'utérus pesant 33 kilogrammes chez une femme de 41 ans. *Bull. et mém. soc. de chirurg.*, février 1902, p. 201. — **Hamonic**. Deux cas de fibromes utérins multiples et compliqués. Hystérectomies totales. Guérison. *Revue clinique de gyn. et d'andr.*, 1902, n° 1, p. 11. — **Hengge**. Papill. Carcin. der Cervix. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janvier 1902, p. 41. — **Horrocks (P.)**. Case of deciduoma malignum. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 283. — **Jacobi (M.-P.)**. A Case of Myosarcoma of the uterus. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 218. — **Jacobs**. Fibrome utérin et cancer. *Le Progrès méd. belge*, 1902, n° 2, p. 1. — **Jacobs**. Grossesse et fibromes. *Le Progrès médical belge*, 1902, n° 4, p. 25. — **Jacobs**. Grossesse et fibromes. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1902, n° 6, p. 134. — **Kleinhans**. Selt. Indicat. zur suprar. Amput. des uterus. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Marz 1902, p. 257. — **Kriwski**. Z. Kasuistik einer wiederholten Uterus-ruptur. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janv. 1902, p. 9. **Krœmer**. Klinische und anatomische Untersuchungen über den Gebarmutterkrebs. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 65, Hft. 3, p. 620. — **Kronig**. Die mediane Spaltung des Uterus bei der vaginalen und abdominellen Totalexstirpation desselben. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 3, p. 57. — **Lauwers**. Grossesse à quatre mois. Résection de deux fibromes pédiculés. Accouchement normal. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1901-02, n° 5, p. 119. — **Lauwers**. Des corps fibreux de l'utérus compliqués d'hématomes des ovaires et des trompes. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1902, n° 6, p. 125. — **Lewers (A.)**. Abdominal Panhysterectomy for Cancer of the Uterus with Notes of two Cases. *The Lancet*, janvier 1902, p. 14. — **Lloyd Roberts**. Uterine fibromyoma removed by abdominal Section. *North of England Obst. a. Gyn. Soc.*, décembre 1901, p. 85. — **Madden**. Hysterectomy for a soft fibromyoma weighing 53 Pounds. *British med. J.*, janvier 102, p. 70. — **Martin (A.)**. Enucléation des tumeurs fibreuses utérines. *La Gynécologie*, décembre 1901, p. 505. — **O'Callaghan**. Abdominal Hysterectomy for Cancer of the Uterus, with Notes of two Cases. *The Lancet*, mars 1902, p. 660. — **Olshausen**. Ueber die Wahl der Operation bei Myomen. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 1, p. 1. — **Pauchet**. Utérus double enlevé par la voie vaginale. *Gaz. des hôpitaux*, 1902, n° 7, p. 65. — **Pichevin**. Adénome malin de l'utérus ou cancer utérin de Schrœder. *La Semaine gynécologique*, Paris, 14 janvier 1902, p. 9. — **Pichevin**. Chirurgie conservatrice des fibromyomes utérins. *Sem. gyn.*, 18 fév. 1902. — **Pincus**. Castratio mulieris uterina. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 8, p. 200. — **Porter**. Management of Fibromyomata Complicated by Pregnancy. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1902, n° 2, p. 65. — **Quénu, Michaux, Peyrot, Bouilly, Hartmann**. Discussion sur les fibromes gangrénés. *Bull. et mém. soc. de chirurg. de Paris*, 1902, n° 3, p. 65. — **Rondino**. Di un fibroma dell' utero complicato o fibroma delli annessi. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, 1902, n° 1, p. 54. — **Schauta**. Die Oper. des Gebärmutter-Krebses mittels der Schuchardtichen Paravaginalschnittes. *Mon. f. Geburts. und Gynkæ.*, Bd. XV, Feb. 1902, p. 133. — **Stahler**. Vorderer Uterus-Scheidenschnitt nach Rühl bei einer Geburtskomplikation durch tiefe Vaginæfixur

mit Fibromyomenukleation und Cervixplastik. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 7, p. 176. — **Trotta**. L'isterectomia nelle infezioni sub partu ed in puerperio. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, 1901, n° 12, p. 736. — **Voiturier**. Des hémorrhagies post-opératoires après l'hystérectomie abdominale. *La Semaine gynécologique*, Paris, 11 février 1902, p. 11. — **Walter**. Fibroma of the Uterus removed by abdominal hysterectomy. *Trans. of the North of Eng. Obst. a. Gyn. Soc.*, janvier 1902, p. 9. — **Walther**. Utérus atteint de fibromes multiples. *Soc. de chirurgie*, 1902, n° 2, p. 55. — **Wertheim**. Zum Aufsatze Winter's über die Principien der Carcinomstatistik. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 9. p. 225. — **Wertheim**. Kurzer Bericht über eine 3e série von 30. Uteruskrebsoperationen. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 10, p. 249. — **Winter** Ueber die Principien der Carcinomstatistik. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 4, p. 81.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Bland-Sutton**. On a Case of Gonorrhœal pelvic peritonitis. *Trans. of Obst. Soc. of London.* 1901, vol. XLIII, p. 251. — **Deaver**. Causes of Salpingitis other than Gonorrhœal. *The Am. J. of the med. Sc.*, 1902, n° 3, p. 426. — **Doran** (**A.**). Chronic serous perimetritis simulating cyst of the ovary and broad ligament. *The Journ. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1902, n° 3, p. 253. — **Fournel**. Hydrosalpinx double. Echec de la dilatation interne. Laparotomie. Guérison. *Journ. de chirurg. et de méd.*, 1902, n° 1, p. 99. — **Fournel**. La dilatation de l'utérus pour lésions péri-utérines. Conservateurs et mutilateurs. *Journ. de chirurg. et de méd.*, 1901, n° 6, p. 87. — **Haeckel**. Ueber Tuben banchdeckenfistlen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, mars 1902, p. 313. — **Hassel**. Hernie de l'ovaire. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1901-02, n° 5, p. 110. — **Hassel**. Des arthrites pelviennes. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1902, n° 6, p. 140. — **Judet**. De l'hépatoptose et de son traitement par l'hépatopexie. *Rev. de Gyn. et de chirurg. abdom.*, 1902, n° 1, p. 131. — **Kraus** (**E.**). Tuberculose des Appendix und den rechtsseitigen Adnexe. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XV, feb. 1902, p. 159. — **Lauwers**. Péritonite adhésive chronique post-opératoire. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1901-02, n° 5, p. 114. — **Mueller**. Parametritis posterior, eine Darmerkrankung. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 9, p. 233. — **Pichevin**. Indications et limites du traitement médical des inflammations annexielles. *La Semaine gynécologique*, Paris, 7 janvier 1902, p. 1. — **Polak**. Acute Pelvic Suppuration. Its conservative treatment. *Med. News*, mars 1902, p. 389. — **Potherat**. Salpingite et appendicite. *Bull. et mém. de la soc. de chir.* février 1902, p. 204. — **Rufus B. Hall**. Treatment of pelvic a. abdominal tumors complicating pregnancy with Report of cases. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, n° 6, p. 533. — **Secheyron**. Entérite muco-membraneuse grave. *Sem. gyn.*, 18 février 1902.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE. — **Alban**. Ovarian Tumours and ovariotomy during and after Pregnancy. *The Lancet*, février 1902, p. 356. — **Andrews**. Primary melanoticsarcoma of ovary. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 228. — **Andrews**. Fibro-myoma of the Ovary. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol.

XLIII, p. 231. — **Aubeau**. Kyste hydatique du ligament large droit Laparotomie. Guérison. *La Clinique gén. de chirurgie*, 1901, n° 3. — **Baumgart**. Blasenmole bei beiderseitigen Ovarialkystomen. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 4, p. 96. — **Bouvier**. Sur un cas de kyste hyalin du parovaire, biloculaire, à contenu albumineux, avec torsion du pédicule. *Rev. mensuelle de Gyn., Obst. et Pæd.*, Bordeaux, 1902, n° 1, p. 31. — **Butlin**. A clinical Lecture on Oophorectomy in the Treatment of Cancer of the Breast. *British. med. J.*, janvier 1902, p. 10. — **Donald (A.)**. Cas of double papillomatous Ovarian Cyst. with recurrence five years after the primary operation. *North of Engl. Obst. a. Gyn. Soc.*, décembre 1901, p. 88. — **Donald** et **Fothergill**. Sections from a Case of Folliculoma ovarii malignum. *Trans. of the North of Engl. Obst. Soc.*, janvier 1902, p. 5. — **Doran (A.)**. Fibroid of broad ligat ment associated with an ovarian Cyst. *Trans. of the Obst., Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 260. — **Fournel (Ch.)**. Enorme kyste ovarique hémorrhagique. Ovariotomie. Guérison. *Journ. de chirurg, et de méd.*, 1901, n° 6, p. 83. — **Gottschalk**. Zur Histogenese der, dickgallertigen Ovarialkystome. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. 65, Hft. 3. p. 581. — **Handley**. Tubal mole with encysted hœmatocele. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 255. — **Marchant (G.)**. Kyste hydatique de l'ovaire au voisinage d'un kyste hydatique pelvien. *Bull. et mém. de la soc. de chir.*, février 1902, p. 202. — **Monod**. Fibrome para-utérin intraligamentaire. *Bull. et mém. soc. chirurg.*, février 1902, p. 207. — **Potherat**. Fibrome de l'ovaire. *Bull. et mém. soc. de chirurg.*, février 1902, p. 206. — **Potherat**. Kystes dermoïdes des deux ovaires. *Bull. et mém. soc. chirurg.*, mars 1902-p. 310. — **Ricci (P.)**. Ancora sull' istogenesi delle Cisti dermoidi dell' ovaia. *Archivio ital. di Ginec.*, décembre 1901, p. 462. — **Routier**. Fibromes de l'ovaire. *La Gynécologie*, décembre 1901, p. 497. — **Schwartz**. Tumeur fibreuse de la paroi abdominale. *Bull. et mém, soc. chir.*, février 1902, p. 282. — **Spencer (H.)**. Large ovarian tumour ruptured on the third day after Labour. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 224. — **Staumore**. Large subperitoneal multilocular cyst. *North of England Obst. a. Gyn. Soc.* décembre 1901, p. 83.

ORGANES URINAIRES. — **Bovée (W.)**. Nephro-Ureterectomy : a report of two Cases. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1902, n° 2, p. 81. — **Brothers (A.)**. Report of a Case of the primary carcinoma of the Urethra. *Am. J. Obst.* — **Casamayor (A.)**. Traitement d'une fistule vésico-vaginale. *La Gynécologie*, décembre 1901, p. 514. — **Kolischer**. Traumatische granulome der weiblichen Blase. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 10, p. 254. — **Lacerte**. Traitement et guérison d'une fistule vésico-rectale sans intervention sanglante. *Le Bull. médical*, Québec, 1902, n° 4, p. 167. — **Lapthorn-Smith**. A New and Improved Method of closing vesicovaginal Fistulæ, with Report of a Case. *Philadelphia med.*, février 1902, p. 327. — **Perlis**. Zwei Uretero raphiæ transversæ. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Marz 1902, p. 322. — **Sutton (S.)**. An unique Case of Cervico-vesico-vaginal Fistula. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, n° 3, p. 560.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bandler**. On the etiology, histology and usual course of ectopic gestation. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 213. — **Condamin**. Grossesse extra-utérine datant de huit

ans. *Sem. gyn.*, 11 mars 1902. — **Dobbert.** 60 Fälle in frühen. Entwicklungsstadien unterbrochener Tubenschwangerschaften. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. LXII, Hft. 19, p. 70. — **Donald (A.)**. Two specimens of tubal mole. *Trans. of the North of Engl. obst. a. gyn Soc.*, janvier 1902, p. 41. — **Elliot.** The management of critical cases of ruptured extra-uterine pregnancy, with the report of a case of combined intra and extra-uterine pregnancy. *Med. Record*, février 1902, p. 292. — **Hare.** Tubal pregnancy with double pyosalpinx. *Boston med. a. surg. J.*, 1901, n° 26, p. 707. — **Hellier.** Very early ruptured tubal gestation. *Trans. of the North of Engl. Obst. a. Gyn. Soc.*, janvier 1902, p. 8. — **Jacobs.** Grossesse extra-utérine, tubaire droite, à inondations péritonéales intermittentes. Abcès de l'ovaire gauche simulant une grossesse extra-utérine. *Le Progrès méd. belge*, 1902, n° 1, p. 4. — **Lejars.** Les hémorrhagies par rupture de la trompe gravide. *Gaz. des hôpitaux*, 1902, n° 6, p. 49. — **Marshall.** Tubal gestation with rupture and hæmorrage into the peritoneal cavity. *British med. J.*, janvier 1902, p. 79. — **Mathes.** Ueber Dystopie der Niere. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Marz 1902, p. 263. — **Reclus.** Grossesse extra-utérine. Rupture tubaire. *Bull. et mém. soc. de chirurgie*, janvier 1902, p. 74. — **Routh (A.)**. Specimen of tubal abortion with rupture of tube. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 294. — **Schwartz.** Grossesse extra-utérine tubaire péritonéale avec rupture et adhérence au gros intestin, de 7 mois 1/2 à 8 mois. Mort du fœtus. Ablation dix mois après le début présumé de la grossesse. *Bull. et mém. de la soc. de chirurgie*, Paris, décemb. 1901, p. 1190. — **Spinelli.** L'élytrocœliotomie diagnostique et prophylactique dans l'avortement tubaire. *La Gynécologie*, 1902, n° 1, p. 25.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Caturani.** Dell' ipodermoclisi sistematica nelle laparotomie con speciale indicazione. *Archivio ital. di gin.*, décembre 1901, p. 466. — **Coe (H.-C.)**. Tetanus following aseptic cœliotomy. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, n° 6, p. 500. — **Flagg (B.)**. Unmittelbare Laparotomie nach penetrirenden Bauchwunden in Kriegzeiten. *Allgemeine militaranz. Zeitung*, in *Wiener med. Presse*, 1902, n° 3. — **Heidenhain.** Ueber Verkleinerung des Bauchraumes und Verhinderung von Bauchbrüchen durch Doppelung der Bauchdecken. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 1, p. 8. — **Kreutzmann.** Transverse suprapubic Division of the Skin in performing abdominal section. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, n° 6, p. 517. — **Mosetig-Moorhorf.** Beitrage zur Casuistik der Abdominalchirurgie. *Wiener med. Presse*, 1902, n° 2, p. 65.; 305. — **Munro.** Needless Laparotomies with a. report of eight cases. *The Boston med. a. Surg. J.*, janvier 1902, p. 58. — **Winslow-Anderson.** Abdominal Section. *Pacific med. J.*, 1901, n° 12, p. 773.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Warren (S.)**. Technique of labor in private practice. *Am. J. Obst.*, janvier 1902, p. 26.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bayer.** Cervicalsegment und Contractio prævia. *Cent. f. Gyn.*, n° 10, p. 252. — **Ferroni (E.)**. Di alcune ricerche delle

urine dei neonati nei primi giorni dalla nascita. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 1, p. 75. — **Magnanimi**. Sulla composizione morpholigica del sangue del neonato. *La Clinica ost.*, janvier 1902, p. 11 ; 53. — **Nordmann**. Ueber einen positiven chemischen Befund bei Unterverträglichkeit der Muttermilch. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XV, feb. 1902, p. 152. — **Sabrazès** et **Muratet**. Examen du sang du cœur de deux fœtus expulsés à la fin de la onzième semaine de la vie intra-utérine. *Gaz. hebdom. des sc. méd.*, Bordeaux, mars 1902, p. 123. — **Stolz**. Die Acetonurie in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett, als Beitrag zur physiologischen Acetonurie. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. 65, Hft. 3, p. 531. — **Tridondani**. Bacini da assimilazione. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 1, p. 1.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Aubeau (A.)**. Les stigmates de la maternité. *La Clinique générale de chirurgie*, 1902, n° 4, p. 113. — **Bruch**. Hygiène de la grossesse. *Bull. de l'Hôpital civil français*, 1901, n° 11, p. 267. — **Fellner**. Ueber die phys. Pulsverlangsamung im Wochenbett. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XV, feb. 1902, p. 167. — **Gache (S.)**. Examen clinico de la mujer embarazada. *La Semana med.*, 1901, n° 46, p. 719. — **Herman (E.)**. Leukœmia and pregnancy. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 234. — **Luigi della valle**. Di una tabella-tipo della temperatura in puerperio. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 1, p. 45. — **Maygrier**. Le diagnostic de la grossesse au début. *Le Concours méd.*, 1902, n° 10, p. 148. — **Robertson**. Pregnancy in Childhood, *British med. J.*, janvier 1902, p. 142. — **Schultze**. Ueber die 10 Schwangerschaftsmonate. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 2, p. 33.

DYSTOCIE. — **Bauer**. Die engen Becken im Material der Stettiner Entbindungs Anstalt. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Marz 1902, p. 308. — **Buffet-Delmas**. Dystocie fœtale par excès de volume. *Le Poitou médical*, janvier 1902, p. 3. — **Chambrelent**. Atrésie de l'orifice du col chez une femme à terme. *Revue mensuelle de gyn., obst. et pæd.*, Bordeaux, 1901, n° 12, p. 521. — **Fieux**. Tumeur graisseuse du col, trouvée au cours d'un accouchement laborieux. *Revue mens. de gyn., obst. et pæd.*, Bordeaux, 1901, n° 12, p. 513. — **Haultain**. Expulsion of dermoïd ovarian cyst per vaginam during labour. *J. of obst. and gyn. of british Emp.*, p. 384. — **Koslenko**. Ein Fall von Geburt bei Uterus bicornis duplex. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 2, p. 40. — **Kronig**. Zur Kasuistik der Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus (Uterus bicornis unicollis). *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 2, p. 36. — **Maygrier** Des viciations du bassin causées par la cyphose. *La Médecine moderne*, 1901, n° 5, p. 41. — **Montellano**. Distocia por calculos vesicales. Talia vaginal. Embarazo gemelar. Aplicacion del forceps al primo feto. Extraccion manual del segundo. *La Semana medica*, 1901, n° 43, p. 651. — **Romme**. Un régime prophylactique de la dystocie. *La Presse médic.*, janvier 1902, p. 92.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Satiner (R.)**. Drillingsgeburten. Eineige Drillinge. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, Bd. XLVI, Hft. 3, p. 347.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Browd**. Remarks on Early Ectopic Gestation. *Philadelphia med. J.*, janvier 1902, p. 135. — **Carlier** et **Oui**. Grossesse extra-utérine. Mort du fœtus. Laparotomie. Mar

supialisation du kyste fœtal. Guérison. *Bullet. et mém. soc. chir.*, Paris, 1902, n° 4, p. 92. — **Carwardine.** A Clinical Lecture on Early Extrauterine Pregnancy. *British med. J.*, janvier 1902, p. 67. — **Chucco.** Tratamiento de los embarazos ectopicos. *La Semana med.*, 1902, n° 6, p. 93. — **Condamin.** Grossesse extra-utérine. *Lyon méd.*, mars 1902, p. 301. — **Couvelaire.** Quelques points de l'anatomie des grossesses tubaires en évolution pendant les premiers mois. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdominale*, 1902, n° 1, p. 50. — **Heinsius.** Ueber tubare Einbettung des menschl. Eies. *Mon. f. Geb. and Gyn.* Marz 1902, p. 315, 385. — **Howe.** On the Desirability of Further Data concerning the Prevention of Ophtalmia Neonatorum. *Philadelphia med. J.*, janvier 1902, p. 140.— **Lange (W.).** Decidualbildung in der tube bei tubarer und intrauteriner Gravidität. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janvier 1902, p. 48. — **Lumpe (R.).** Kasuistik d. Eierstocksschwangerschaft. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janvier 1902, p. 1. — **Maiocogi.** Su alcuni punti controversi nella anatomia della gravidanza tubarica. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 12, p. 1093. — **Muret.** De la grossesse interstitielle. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1902, n° 1, p. 35. — **Scanzoni.** Ueber die Dauerresultate bei conservirender Behandlung frühzeitig unterbrochener Extrauteringraviditaten in den ersten Schwangerschaftsmonaten. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. 65, Hft. 3, p. 558. — **Swan.** Case of Attempted Criminal Abortion in Extra-Uterine Fetation. *The Boston med. a. surg. J.*, janvier 1902, p. 40. — **Tuholske.** An unique Case of Extra-uterine Pregnancy. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1901, n° 6, p. 521.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Aitken.** Bload Counts in the New-Born. *J. of. Obst. and Gyn. of brit. Empire*, april 1902, p. 414. — **Alfieri.** Le dimensione degli arti in rapporto col Bp. a. dei feti negli ultimi mesi di gestatione. *Archivio di Ost. e Ginec.* 1902, n° 1, p. 19. — **Alfieri.** Cervicometrite in neonata. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 12, p. 1133. — **Andrade.** A case of ophthalmia neonatorum caused by the diplobacillus of Morax and Axenfeld. *Am. J. of med. Sc.*, 1902, n° 2, p. 284. — **Bidone.** A proposito del tessuto elastico nel cordone ombelicale. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 12, p. 1152. — **Bothezat.** Contributile la studiul tumorilor congenitale ale reguinei sacro-coccigiene. *Revista de chirurg.*, décembre 1901, p. 533. — **Broca.** Deux observations de lymphangite gangréneuse du scrotum chez le nouveau-né. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1902, n° 14, p. 145. — **Budin.** Dangers des angines et grippes maternelles pour les nouveau-nés. *Le Concours médical*, 1902, n° 1, p. 6. — **Budin.** Furonculose et érysipèle des nouveau-nés. *Le Concours méd.*, 1902, n° 1, p. 5. — **Cristeanu** et **Bruckner.** Sur la diphthérie des nouveau-nés. *Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Bucarest*, 1901, n° 3, p. 82. — **Gardini.** Ricerche sulla resistenza della emazie del feto umano o diversi periodi di sviluppo. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 1, p. 128. — **Laurie.** Three Cases of Imperforate Anus and Rectum. *The Lancet*, janvier 1902, p. 158. — **La Torre.** L'allatamento in campagna. *La Clinica ostet.*, 1902, n° 2, p. 41. — **Lichem (Th.).** Zwei Fälle von Fœtus papyraceus. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 6, p. 137. — **Mac Naughton.** A case of partiy formed Lithopedion. *Brooklyn med. Journ.*, march 1902, p. 117. — **Maffi.** Contributo anatomico e clinico allo studio dell' ernia diaframmatica congenita. *Archivio di ost. e ginec.*, 1902, n° 1, p. 46. — **Pini.**

L'igiene della pelle e delle mucose nel neonata. *Lucina*, 1902, n° 1, p. 3. — **Regnault (F.)**. L'achondroplasie. *Archives générales de méd.*, février 1902, p. 232. — **Westphalen**. Doppelte Ruptur der Nabelvene mit Hämatombildung bei Spontaner Geburt. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 12, p. 297.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Boquel (A.)**. Opération césarienne d'urgence au cours du travail. *Archives médic. d'Angers*, 1902, n° 1, p. 25. — **Daraignez**. De l'embryotomie céphalique, suivie de réduc, tion par dissociation des os du crâne sans instruments spéciaux. *Rev. mensuelle de gyn., obst. et pæd. de Bordeaux*, 1902, n° 1, p. 27. — **Davis (P.)**. Six cesarean sections. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 169. — **Gigli e Martinetti**. Dell' uso combinato del forcipe all' uncino ottuso nelle presentazioni del podice. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 12, p. 1122. — **Jurowski**. Beiträge zur Kasuistik des Kaiserschnittes nach Fritsch. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 5, 121. — **Lœwenstein**. Drei Falle von Kaiserschnitt bei Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 5, p. 117. — **Norris**. A case of cesarean section. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 184. — **Sandstein**. An experimental study of the pelvic changes produced by separation of the pubic bones in symphysiotomy *J. of obst. a. gyn. of the Brit. Empire*, 1901, n° 1, p. 293. — **Sticker Coles**. Report of three cases of cesarean section. *Am. J. obst.*, février 1902, p. 179.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Balloch**. Criminal abortion. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 285. — **Barone**. Le auto intossicazioni e le auto o pseudo-infezioni in gravidanza e nel puerperio. *Archivio di ost. e gin.*, 1902, n° 2, p. 73. — **Bird**. Pelvic fracture during labor. *Am. J. Obst.*, janvier 1902, p. 86. — **Blumreich et Zuntz**. Experimentelle u. kritische Beiträge zur Pathogenese der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 65, Hft. 3, p. 737. — **Budin**. L'ulcère variqueux des femmes enceintes. *Le Concours médic.*, 1895, n° 1, p. 7. — **Condamin**. Note sur un nouveau traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. *Lyon méd.*, 1902, n° 5, p. 145. — **Condamin**. Un nouveau traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. *Gaz. des Hôpitaux*, 1902, n° 17, p. 161. — **Coolne Hirst**. Results of operative treatment for the different forms of puerperal sepsis. *Philadelphia med. J.*, janvier 1902, p. 120. — **Cristalli**. Brevi considerazioni a propositi delle auto-intossicazioni gravidiche. *Archivio di ost. e gin.*, 1902, n° 2, p. 105. — **Dona**. Rupture spontanée de l'utérus gravide suivie de l'expulsion du fœtus et du placenta dans la cavité péritonéale. Hystérectomie abdominale totale. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. de chirurg. de Bucharest*, 1901, n° 3, p. 117. — **Francis (L.)**. The treatment of puerperal eclampsia. *British med. J.*, janvier 1902, p. 72. — **Gaertner**. An experimental investigation of puerperal pyæma. *The Am. J. of med. Sc.*, 1902, n° 2, 429. — **Geiringer**. Ein Fall von Processus puerperalis, behandlet mit Unguentum Credé. *Wiener mediz. Presse*, 1902, n° 8, p. 357. — **Haberlin**. Akute Sepsis, Ileus, Pseudoileus, Iodoformintoxikation, unstillbares Erbrechen? *Cent. f. Gyn*, 1902, n° 1, p. 11. — **Helbron**. Ueber Netzhautablosung bei Schwangerschaftnephritis. *Berl. klin. Wochensch.*, 1902, n° 4, p. 69. — **Henri (Mme)**. De l'hémorrhagie utérine mixte et abondante pendant la grossesse et l'accouchement, sans insertion vi-

cieuse du placenta. *Bullet. mensuel de la Soc. vaudoise des sages-femmes*, 1902, n° 2, p. 19. — **Henry** (O.). How shall we treat sepsis following labor and abortion. *Annals of gyn. a. ped.*, 1902, n° 2 p. 86. — **Hermang** (G.). Diabetes and pregnancy. *Edinb. med. J.*, février 1902, p. 119. — **Higgins** (A.). The treatment of placenta prævia. *Boston med. and surg. Journal*, 2 janvier 1902. — **Hirigoyen**. Auto-intoxication gravidique. Menaces d'asphyxie. Accouchement provoqué accéléré. Guérison. *Rev. mens. de gyn., obst. et pæd.*, Bordeaux, 1901, n° 12, 515. — **Holmes** (R.). A new method of tamponing the uterus post-partum. *Philadelphia med. J.*, janvier 1902, p. 132. — **Holmes**, Hydroa gestationis due to Staphylococcus albus. *British med. J.*, janvier 1902, p. 73. — **Jones** (R.). Puerperal insanity. *British med. J.*, mars 1902, pp. 579, 646. — **Maxwell**. Notes on two fatal cases of pernicious vomiting in pregnancy. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLIII, p. 288. — **Maygrier**. Les hémorrhagies de la délivrance et leur traitement. *La Tribune méd.*, 1902, n° 11, p. 205. — **Moran** (J.). Significance of fever during the puerperium. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 164. — **Morell**. Puerperal myelitis, *Philadelphia med. J.*, janvier 1902, p. 138. — **Noble**. Use of adhesive straps for the prevention of laceration of the perineum in forceps delivery. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 223. — **Nores**. Un caso de histerocele abdominal gravido. *La Semana med.*, 1901, n° 47, p. 739. — **Peham** (H.). Ueber Uterusrupturen in Narben. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 4, p. 87. — **Picqué**. Septicémie puerpérale à marche rapide. Gros abcès dans la paroi utérine constaté à l'autopsie. *Bull. et mém. soc. de chirurg.*, février 1902, p. 198. — **Pinatelle**. Deux cas de môle hydatiforme. *Gazette hebd. de méd. et de chirurg.*, 1902, n° 7, p. 173. — **Saborit** (E.). Valor de las defensas gstacionales en la profilaxis de la infeccion puerperal. *Rev. de med. y chir.*, Barcelone, 1902, n° 2, p. 77. — **Santi**. Di un caso di mancata involuzione e di inflammazione del magma reticularis. *Archiv. di ost. e ginec.*, 1901, n° 9, p. 524. — **Scholten** et **Veit**. Weitere Untersuchungen über Zottendeportation. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 7, p. 169. — **Stroganoff**. The treatment of eclampsia by the method of Prof. W. Stroganoff. *The Boston med. a. surg. J.*, 1902, n° 2, p. 192. — **Stuner**. Criminal abortion. *Med. News*, janvier 1902, p. 152. — **Torngren**. Zwei Falle von Laparotomie wegen, spontaner Uterusruptur bei der Entbindung. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 1, p. 15. — **Valdemar**. Combined fœtal and maternal dropsy. *The Lancet*, janvier 1902, p. 224. — **Vassmer**. Zur Ætiologie der Placentarcysten. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXVI, Hft. 1, p. 49. — **Verron**. Suppression of urine following labour. *Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, avril 1902, p. 369. — **Vésina**. Quelques cas de placenta prævia. *Le Bullet. méd. de Québec*, 1902, n° 6, p. 286. — **Walsh**. Death from pressure of a pregnant uterus upon a horse-shoe Kidney. *British med. J.*, janvier 1902, p. 142. — **Webster** (C.). Two Specimens of placenta prævia. *J. of obst. a. gyn. of the British Empire*, 1902, n° 1, p. 272.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris-Tours, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

THROMBOSE UTÉRO-OVARIENNE INFECTIEUSE

AVEC EXTENSION A LA VEINE CAVE INFÉRIEURE ET AU CŒUR DROIT

Par **L. Hoche**, Chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer, le 11 novembre 1899, une autopsie doublement intéressante, si l'on considère que ses résultats sont de ceux que l'on trouve rarement signalés dans les annales médicales et que, de plus, ils ont pu donner l'explication de certains phénomènes particuliers notés dans l'observation clinique.

Grâce à l'obligeance de M. le professeur A. Hergott, que nous remercions bien vivement de sa grande amabilité à notre égard, nous pouvons réunir ici un résumé de l'observation clinique, les résultats de l'autopsie et de l'examen bactériologique.

Il s'agit d'un cas de *thrombose des veines utéro-ovariennes, avec extension à la veine cave, thrombose consécutive, selon toute probabilité, à une phlébite gonococcique.*

Observation. — Mme E. D... entrée le 6 octobre 1899, accouchée le 7 octobre, est morte le 10 novembre.

Ouvrière en chaussures, âgée de 31 ans, après avoir eu 9 grossesses, dont 8 accouchements, et une fausse couche (7e grossesse), avoir allaité tous ses enfants jusqu'au 5e mois, n'a plus que 3 enfants vivants. Un garçon serait mort à 8 mois du croup (4e grossesse) ; le 2e, le 5e, le 6e et le 9e auraient succombé à des accidents d'allures méningitiques.

Elle entre à la maternité au cours de sa 10e grossesse. Les dernières règles étant du 21 au 26 mai, l'accouchement probable ne

devait avoir lieu que vers le 1er mars. Mais, il y a huit jours, la malade aurait fait une chute (?), à la suite de laquelle sont survenues des douleurs aux reins, dans le ventre et au passage. Elle perdit un peu de sang, et une sage-femme appelée ordonna l'alitement. Dans l'après-midi un fœtus de 12 centimètres est expulsé, sans délivre. La sage-femme essaye d'atteindre ce délivre avec deux doigts, mais sans y parvenir.

Le 5 octobre, après avoir eu de fortes coliques, à l'occasion d'un mouvement, la malade a une grosse perte sans caillots. On fait un tamponnement, et le lendemain on fait une nouvelle tentative d'extraction de la délivrance, mais infructueusement.

A son entrée à la maternité, le 6, la malade a un facies décoloré, elle se plaint de frissons. On note la température à 40°,5, le pouls à 130. On fait la délivrance artificielle, sans que cela agisse beaucoup sur l'état général, qui reste le même les jours suivants, malgré les injections vaginales et intra-utérines.

Le 9, on trouve du pus à l'orifice cervical, qui provient de la cavité utérine. La malade avait ressenti, la veille au soir, un grand frisson. Après injection intra-utérine avec l'eau iodée à 3 p. 1000, la malade semble se trouver mieux, sa température descend à 37°, son pouls à 90. Mais cette amélioration ne dure pas, et le 12, après une nuit d'insomnie, un frisson le matin, la malade se plaint de *violentes douleurs lombaires*. La température remonte à 39°. Au palper, on constate une sensibilité très forte au niveau de la corne gauche de l'utérus. On remarque, en outre, que le réseau veineux abdominal est devenu très apparent, en particulier du côté droit. Au spéculum, on voit une cavité utérine verdâtre. On constate au toucher que le muscle est lâche et que la cavité est anfractueuse. On pratique un curettage, sous le chloroforme, et on retire des lambeaux noirâtres et des caillots, environ le volume d'un œuf. La cavité utérine se rétrécit aussitôt.

Cependant, l'état fébrile persiste toujours, la patiente se plaint de temps en temps de frissons. Sa température reste élevée au voisinage de 39°.

Le 13 octobre, on note la disparition de la douleur à la pression au niveau de la fosse iliaque gauche.

Le 17 octobre, petit frisson d'un quart d'heure le soir.

Le 18, on perçoit à la pointe du cœur un *souffle systolique*, qui se perçoit également un peu à la base. Le pouls est à 120. En

outre, il existe des signes de congestion et d'œdème à la base des deux poumons. Submatité aux derniers espaces et diminution du murmure vésiculaire.

Le 20, la malade se plaint d'avoir encore eu, la veille, un grand frisson; outre la submatité et la diminution du murmure vésiculaire, on perçoit à gauche des râles sous-crépitants, à droite l'abolition des vibrations thoraciques avec la disparition du murmure vésiculaire.

Même état jusqu'au 24 octobre ; depuis le 20, diarrhée persistante.

Le 24 octobre, la patiente est en état de somnolence permanente. Elle a eu 3 vomissements ; de plus, selles diarrhéiques involontaires.

La quantité des urines, brusquement diminuée de moitié, est de 600 centimètres cubes, avec des flots d'albumine.

Le 28, se montre de l'œdème des membres inférieurs. On ne trouve pas de cordons phlébitiques.

Les jours suivants, état général fébrile, avec frisson vespéral quotidien, persistant ; *l'œdème envahit le ventre*, et l'on constate des signes d'une ascite notable. En arrière, l'œdème remonte jusqu'aux côtes.

Le 7 novembre, nouveaux frissons intenses avec état dyspnéique. Signes d'œdème pulmonaire.

Mort dans la nuit du 10 au 11.

AUTOPSIE. — L'autopsie a eu lieu dans cette même journée du 11 et a révélé les détails suivants :

A l'ouverture de l'abdomen, après avoir écarté les anses intestinales, on trouve un liquide d'ascite citrin assez abondant. Dans le bassin, maintenu par des adhérences fibreuses, l'utérus apparaît double de volume. De sa corne droite part une sorte de bourrelets volumineux, irréguliers, qui montent le long de la colonne vertébrale et que l'on peut suivre jusqu'au foie. Après dissection, on constate qu'il s'agit des veines utéro-ovariques et de la veine cave thrombosées. *La thrombose s'est propagée depuis l'utérus en suivant le cours du sang jusque dans l'intérieur de la veine cave inférieure et l'oreillette droite;* le caillot se prolonge même avec les caractères d'un caillot de battage dans le cœur droit ventriculaire et jusque dans l'artère pulmonaire, où l'on trouve son extrémité flottante.

Par voie rétrograde, le processus de coagulation a gagné les deux veines iliaques avec prédominance du côté droit ; il a provoqué la thrombose de la veine rénale droite et de ses branches, et aussi l'obstruction partielle de quelques veines sus-hépatiques.

L'utérus ouvert montre une cavité un peu dilatée, à surface végétante rosée. Sur la face postérieure de la cavité existe un dépôt pseudo-membraneux blanc jaunâtre, sans odeur fétide. Les annexes ne présentent rien d'anormal.

L'examen des autres organes montre des lésions en rapport avec la thrombose utéro-ovarienne. Les *poumons* présentent comme lésions particulières des infarctus hémorrhagiques. On en trouve un seul de la grosseur d'une noisette dans le lobe moyen droit. Le poumon gauche en contient quatre un peu plus gros répartis le long des bords postérieur et inférieur des deux lobes. Ces infarctus sont d'âge un peu différents ; on en trouve un dont le centre est ramolli et consiste en une bouillie puriforme ; les autres sont plus récents et franchement hémorrhagiques. Accessoirement, les poumons sont le siège d'un œdème considérable, avec congestion, lésions terminales de l'asphyxie mortelle.

Les reins présentent, eux aussi, quelques infarctus pour la plupart anémiques.

Sur le foie se remarquent des taches hémorrhagiques, dont le caractère infarctique n'est pas très net ; des coupes microscopiques montrent en effet qu'il ne s'agit pas de lésions de ce genre, mais que les foyers hémorrhagiques constatés sont dus à la thrombose ascendante très nette des veines sus-hépatiques.

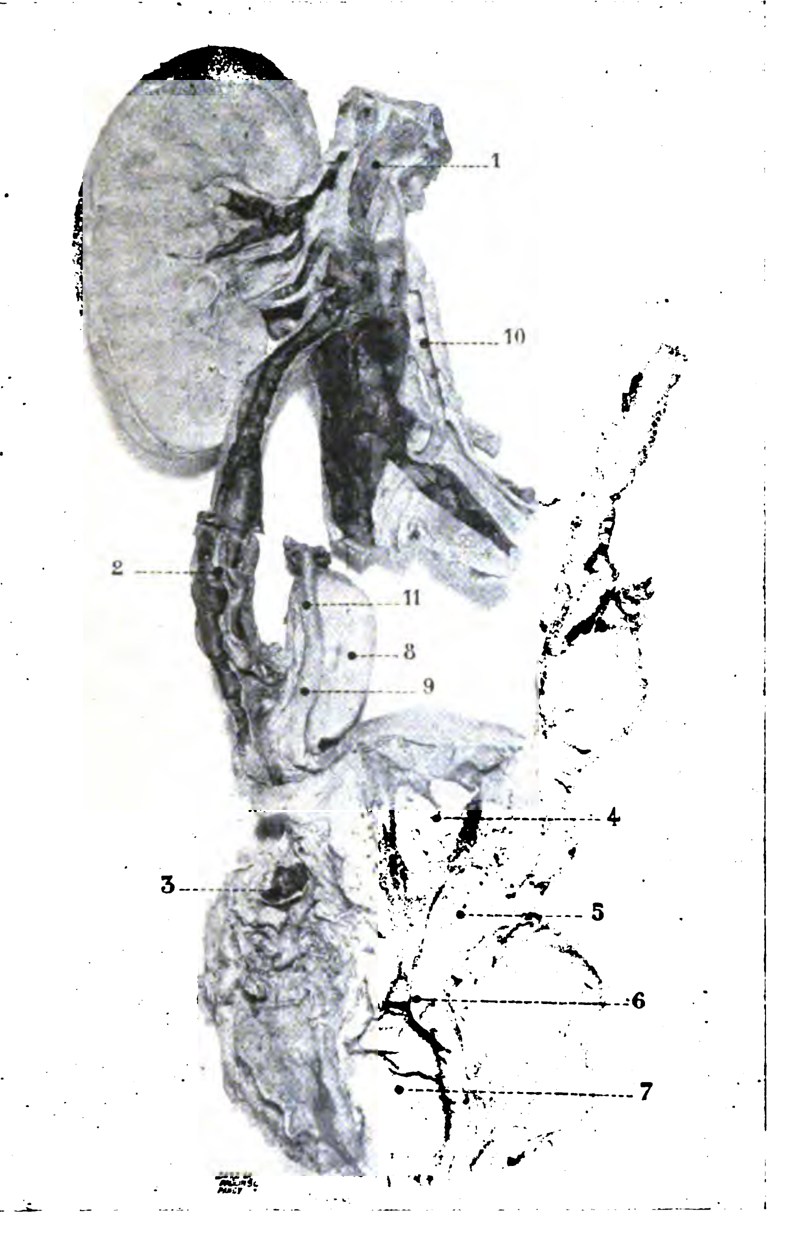
Le cœur ne présente en lui-même aucune lésion, ses cavités droites contiennent le caillot actif thrombosique dont il a été question. Quelques parcelles détachées de ce caillot ont été l'origine des infarctus.

Il n'a été possible de découvrir dans les coupes aucun microorganisme.

Il s'agit donc d'un cas de thrombose utéro-ovarienne consécutive à une infection utérine, thrombose qui a amené la mort par le fait d'infarctus du poumon et d'œdème pulmonaire.

Cette observation est intéressante à divers titres :

1° Le premier fait qui attire l'attention, c'est la *grande extension qu'a prise le processus thrombosique*. La thrombose,



Photographie à demi-grandeur naturelle.

1, Veine cave ouverte longitudinalement montrant le caillot à son intérieur et ses prolongements dans les veines rénales ; — 2, Veines utéro-ovariennes thrombosées ; — 3, Coupe des plexus utérins thrombosés ; — 4, Débris pseudo-membraneux à l'intérieur de la cavité utérine ; — 5, 6, Coupe du muscle utérin cervical ; — 7, Vagin ; — 8, Ovaire droit ; — 9, 11, Trompe utérine ; — 10, Aorte ouverte longitudinalement.

partie de l'utérus, où elle a eu comme origine une phlébite des veines utérines, s'est progressivement étendue suivant le cours du sang au plexus utéro-ovarien, à la veine cave, à l'oreillette droite, au ventricule droit, d'où le caillot a pu s'engager librement dans l'artère pulmonaire. En outre, par voie rétrograde, la thrombose a pu se produire partiellement dans les plexus vaginaux, dans les veines iliaques primitives, la veine rénale droite et les veines sus-hépatiques.

Les voies lymphatiques elles-mêmes ont participé au processus infectieux, quelques ganglions lombaires suppurés semblent avoir arrêté les agents microbiens, les voies lymphatiques supérieures étant complètement indemnes.

On a rarement signalé des cas où la thrombose était aussi étendue. Les observations relatant la thrombose partielle ou totale de la veine cave inférieure ne sont cependant pas bien exceptionnelles, et le fait peut se rencontrer à propos de cas pathologiques bien différents. Vimont dans sa thèse (Paris, 1890) a pu en réunir 112 cas, mais la plupart ont trait à des thromboses de peu d'étendue.

Deux seulement de ces cas se signalent par la grande extension de la thrombose. Ce sont ces deux cas que nous résumons.

Obs. 2 (Mosny). — Cette observation a trait à un homme de 43 ans, chez lequel un cancer secondaire envahissant la veine cave inférieure en a provoqué l'oblitération. La thrombose s'étant étendue aux veines sus-hépatiques, le foie a été trouvé muscade, pesant 2.820 grammes, présentant sur sa coupe des polygones séparés les uns des autres par de fines traverses blanches, formant un réseau saillant. Tous les vaisseaux du système sus-hépatique étaient oblitérés par des caillots rouges homogènes, peu adhérents.

L'obs. 6, empruntée à Pilliet (*Soc. anat.*, 1888) signale aussi l'extension aux veines sus-hépatiques. Dans un cas de sarcome primitif de la capsule surrénale droite avec propagation à la veine cave inférieure et à l'oreillette droite, Pilliet a constaté la thrombose des veines sus-hépatiques et des foyers apoplectiques dans le foie. Le foie est irrégulièrement muscade et présente des foyers

d'hémorragies interstitielles. Il y a aussi des caillots dans les veines iliaques et les fémorales.

Depuis Vimont, dont le travail marque une époque dans l'histoire de la thrombose de la veine cave inférieure, parmi les observations publiées, seules, celles de Unruh (cité par Willerding) et de Klüge signalent une extension considérable de l'oblitération veineuse.

Dans le cas de Unruh, à la suite d'un endothéliome de la paroi veineuse, chez un enfant de 1 an, on trouva à l'autopsie une thrombose des plus grosses veines du foie et aussi de la veine cave inférieure, depuis le bord inférieur du foie jusqu'à l'entrée du ventricule droit.

L'observation de Klüge, très intéressante, a trait à un cas de thrombose de la veine cave inférieure, par extension d'une thrombose néoplasique rénale. La veine rénale gauche était complètement remplie par des masses de tumeurs, entre lesquelles des caillots cadavériques rouge foncé étaient enchâssés. La thrombose néoplasique se poursuit dans la veine cave inférieure, qui contient quelques masses de tumeurs avec quelques caillots sanguins. Les masses néoplasiques vont jusque dans l'oreillette droite, en remplissant la plus grande partie, et à côté persiste un peu de sang fluide peu coagulé. La tumeur pénètre aussi l'orifice de la tricuspide et s'étend encore dans le ventricule droit.

Klüge fait observer avec raison la rareté de cette extension considérable d'une thrombose de la veine cave inférieure. Il s'étonne qu'une telle lésion puisse se développer pendant la vie et admire l'énergie de notre système circulatoire, qui peut lutter un temps relativement long contre un tel obstacle.

C'est évidemment là un fait digne d'attention. Si l'on se reporte à notre propre observation, et que l'on cherche à établir, d'après les symptômes cliniques constatés, quels sont ceux qui peuvent être rapportés à la thrombose progressive, on remarque qu'au milieu de divers signes attribuables à l'infection utérine, viennent à se manifester le 12 *octobre de violentes douleurs lombaires*. L'observation signale encore de l'insomnie, un frisson et de la circulation collatérale.

Or, les douleurs lombaires ont été considérées par Robin et la plupart des auteurs comme un des symptômes primordiaux de la thrombose de la veine cave inférieure. En nous basant sur cette donnée clinique, vérifiée par de nombreuses autopsies, nous pouvons admettre avec la plus grande probabilité que la veine cave était atteinte à cette époque du 12 octobre. Or, la mort n'est survenue que le 11 novembre, un mois après. C'est donc pendant ce laps de temps que la progression de la thrombose a pu se faire.

Vers le 15 octobre, la marche de la maladie est déconcertante; on pense à une septicémie, mais l'examen bactériologique du sang est négatif.

Le 18, survient un souffle systolique à la pointe avec congestion et œdème du poumon. A quoi est dû ce souffle? Est-ce que déjà le caillot prolongé, suivant l'expression de Virchow, a gagné le cœur et y détermine une perturbation dans le jeu valvulaire! Il est permis de se poser cette question, malgré que le centre de perception des bruits du ventricule droit soit habituellement à l'appendice xyphoïde.

En outre, le même jour, on constate des selles diarrhéiques. Est-ce là la traduction de la progression de la thrombose à l'intérieur du foie, et de la gêne de la circulation porte?

Le 24 apparaissent de la somnolence et des VOMISSEMENTS, en même temps que les urines sont brusquement diminuées de moitié et contiennent des flots d'albumine; tous phénomènes secondaires, très probablement, à l'oblitération de la veine rénale droite, et qui sont de nature à corroborer cette opinion des auteurs français que l'oblitération de la veine rénale amène l'albuminurie (M. Raynaud).

Ce n'est que le 28 que l'on constate l'œdème des membres inférieurs. L'idée de phlébite profonde vient à l'esprit, mais on ne trouve pas de cordons veineux enflammés.

A partir de ce moment la stase augmente et se traduit par un œdème envahissant qui infiltre la paroi abdominale et remonte en arrière jusqu'aux côtés; sans doute l'oblitération commence à devenir de plus en plus complète, soit du côté

des membres inférieurs, soit dans le foie ou le rein droit, et la mort survient.

De tous les signes cliniques, c'est donc la constatation des *violentes douleurs lombaires* qui a été le signe primordial de la thrombose de la veine cave. Des autres signes considérés également comme importants, la *circulation collatérale supplémentaire* a peu retenu l'attention; l'*œdème* n'est apparu que très tardivement, 16 jours après seulement.

La progression de la thrombose a été, semble-t-il, assez irrégulière, et c'est à cette irrégularité qu'il y a lieu de rapporter les bizarreries du cours de la maladie. Partie des veines utérines, elle s'est progressivement étendue aux plexus utéro-ovariens, aux veines caves, à l'oreillette droite, au cœur droit, à l'artère pulmonaire, et par voie rétrograde a envahi les plexus vaginaux, les veines iliaques, la veine rénale droite, les veines hépatiques. Mais il est fort probable que l'extension du processus ne s'est pas faite ainsi méthodiquement et graduellement.

Un premier stade serait marqué par ce que l'on pourrait appeler *l'étape utérine*, pendant lequel la lésion primitive se développe et gagne la veine cave, ne se manifestant localement que par la sensibilité plus grande au niveau de l'utérus, et l'apparition de violentes douleurs lombaires.

Puis viendrait *l'étape cave*, presque silencieuse, où se manifestent seulement des troubles circulatoires marqués par un pouls à 120, un souffle systolique à la pointe, la congestion et l'œdème des poumons, l'état diarrhéique des fèces. Pendant cette période qui durerait du 12 au 24, le caillot actif flottant dans la veine cave se serait progressivement prolongé, et, sans interrompre la circulation, aurait simplement constitué une cause de stase.

Mais bientôt ce caillot, véritable corps étranger dans le vaisseau, aurait pris contact avec certains points de la paroi veineuse, tout d'abord au niveau des veines rénales, d'où apparition de divers symptômes d'ordre urémique : somnolence, vomissements, oligurie, albuminurie (*étape rétrograde*

rénale). Puis il aurait graduellement obstrué plus complètement le vaisseau (œdème des membres inférieurs) (*étape rétrograde iliaque*), et pris contact avec les parois au niveau de l'embouchure des sus-hépatiques (œdème envahissant et ascite) (*étape rétrograde hépatique*).

Au cours de cette extension du processus de coagulation, quelques parcelles détachées ont provoqué des infarctus pulmonaires et rénaux ; et finalement de nouveaux infarctus pulmonaires ont contribué à l'asphyxie progressive terminale.

Telle est la façon dont il semble qu'on doive interpréter les faits dans le cas présent. La symptomatologie est en somme corrélative de la marche du processus anatomique; dans certains cas, la thrombose évolue très franchement, marquant bien nettement ses étapes, et permettant un diagnostic précoce.

La plupart du temps, d'ailleurs, la thrombose de la veine cave est nettement limitée, et les symptômes sont particuliers suivant la région, le niveau du vaisseau où se fait l'obstruction. Lombardini a pu ainsi décrire trois catégories de thrombose de la veine cave suivant le siège, et considérer comme propres à ces variétés les symptômes suivants :

Oblitération au tiers inférieur : 1° œdème des deux membres inférieurs et de la paroi abdominale.

2° Développement de gros vaisseaux veineux étendus de la racine des cuisses aux derniers espaces intercostaux.

Oblitération au tiers moyen : 1° œdème.

2° Riches plexus veineux.

En plus, 3° troubles rénaux prononcés.

Oblitération au tiers supérieur : 1° œdème.

2° Circulation collatérale, symptômes rénaux, symptômes hépatiques.

Ici, après le symptôme important constitué par les douleurs lombaires, la thrombose reste silencieuse, saute pour ainsi dire les étapes pour y revenir, les marquer ultérieurement, et ne permettre que tardivement d'établir un diagnostic incertain.

Nous n'avons eu pour objectif jusqu'ici que d'exposer les lésions anatomiques, d'en rechercher la marche et d'y rapporter les signes cliniques. Il est un autre côté de la question à envisager, tout aussi intéressant, sinon plus, le côté étiologique, pathogénique.

La thrombose de la veine cave inférieure peut se développer consécutivement à une lésion produite par un agent mécanique, chimique ou infectieux sur les parois de la veine elle-même. C'est ce que l'on peut appeler la *thrombose primitive* de la veine cave, par opposition à la *thrombose secondaire* du même vaisseau occasionnée par la propagation d'une thrombose d'une autre veine tributaire.

Cette thrombose secondaire peut avoir diverses origines. Les principales sont les lésions des principaux troncs tributaires de la veine cave.

1° La veine cave iliaque externe et ses dépendances :

2° La veine hypogastrique et ses branches ;

3° Les veines émulgentes ;

4° La veine porte ou l'une de ses branches ;

5° Les veines sus-hépatiques.

Le cas que nous rapportons est une thrombose secondaire dont l'origine remonte à une lésion des veines utérines. C'est d'ailleurs, en général, à l'occasion d'accidents puerpéraux que la thrombose de la veine cave reconnaît comme origine celle de l'hypogastrique ou de ses branches, ou de la veine utéro-ovarienne.

Les observations de thrombose de la veine cave consécutive à une thrombose des veines utérines ne sont pas très nombreuses.

Dance, dès 1828, montrait cependant déjà que l'inflammation des veines et des parois de la matrice peut se propager à la veine ovarique droite et à la veine cave inférieure.

Plus tard, Sinnhold rapporte l'observation d'une femme de 35 ans, chez qui la thrombose siégeait aux veines utéro-ovariennes droites, et montait jusqu'à la veine rénale. Des embolies avaient donné dans les poumons des infarctus gangréneux.

Le même auteur rapporte encore une thrombose puerpérale chez une femme de 26 ans. La thrombose comprenait les plexus utérins et pampiniformes, les iliaques primitives, l'hypogastrique, la crurale et aussi la veine cave inférieure.

Leudet signale une phlébite des veines utéro-ovariennes, des veines iliaque et cave inférieure, avec caillots se continuant dans la veine rénale gauche.

Enfin, une observation de Lancereaux concerne une phlébite puerpérale des veines utéro-ovarienne, rénale, cave inférieure, jusqu'au diaphragme, l'hypogastrique et la fémorale.

Ces cas ont trait à des complications de l'état puerpéral.

Celui de Léonard reconnaît une autre cause, mais cependant encore une lésion des veines utérines : c'est ici consécutivement à la phébite des veines utérines provoquée par un pessaire que se développe la thrombose de la veine cave inférieure.

Toutes ces observations reconnaissent bien nettement le lien qui existe entre la lésion utérine et la lésion de la veine cave ; la plupart leur reconnaissent une cause inflammatoire, mais la nature de l'agent pathogène est passée sous silence. Cela n'est pas étonnant si l'on songe que ces observations datent d'époques antérieures aux découvertes bactériologiques.

Il n'y a pas longtemps d'ailleurs que l'origine infectieuse de certaines thromboses, en particulier de la thrombose puerpérale, est décidément admise. C'est Widal qui a montré en 1889 que la cause déterminante de la thrombose puerpérale était toujours l'état infectieux de l'accouchée, état généralement dû à une infection streptococcique.

Dans notre cas, c'est à la suite d'un avortement survenu accidentellement au cours d'une grossesse de 4 mois que l'affection s'est déclarée. Les phénomènes infectieux ont dominé la scène pendant longtemps. Il y avait eu rétention placentaire, contamination de la plaie utérine, et malgré une thérapeutique active, l'infection, à partir de l'entrée à la Maternité,

n'est pas restée limitée à la surface utérine ; elle a pénétré dans la profondeur, et on a pu sur des coupes histologiques démontrer dans les interstices musculaires, en particulier au voisinage des vaisseaux, tous les signes microscopiques d'une inflammation intense :

Infiltration embryonnaire diffuse, et par endroits accumulations arrondies de leucocytes mono et surtout polynucléaires, sortes de petits abcès microscopiques analogues à ceux figurés dans la thèse de M. Hautcheff et observés au cours des cervicites blennorrhagiques. Au voisinage de ces lésions, la paroi veineuse infiltrée elle-même, atteinte de phlébite, a été le siège de la thrombose primitive. Malgré de nombreuses recherches sur coupes histologiques, nous n'avons pu découvrir l'agent microbien responsable de telles lésions. Cependant la nature même de ces lésions, leur grande ressemblance avec celles de la cervicite blennorrhagique pourraient déjà faire penser à incriminer le gonocoque.

L'étude bactériologique du sang pendant la vie et des produits d'autopsie est en faveur de cette supposition. Voici le résultat de cette étude pratiquée avec sa compétence habituelle par notre ami le Dr G. Thiry, sous-directeur de l'Institut sérothérapique :

Des ensemencements ont été faits le 15 et le 25 octobre avec le sang de la malade et sont restés stériles.

Lors de l'autopsie, de nouveaux ensemencements sont faits avec le foie, le poumon, la rate, le sang, avec le caillot de la veine, avec le pus de la région lombaire.

Sur lamelles, le pus et le sang de la rate ont donné quelques microcoques très rares. Aucun leucocyte ne contenait de microbes.

Le sang de la veine et le pus prélevés (d'ailleurs imparfaitement) donnent en culture dès le lendemain des colonies très nombreuses qui ont les caractères des cultures des staphylocoques et des colibacilles.

Le foie, la rate, le poumon, le sang sur sérum liquide, sérum coagulé, gélose normale, bouillon peptone, bouillon sérum, ne donnent pas de cultures apparentes, c'est-à-dire qu'il n'y a ni

troubles, ni colonies caractérisées ou distinctes. Cependant, en raclant la surface des tubes de sérum solide ensemencés avec la rate, qui présentent une surface un peu dépolie, et ceux de gélose qui montrent un léger piqueté, on obtient des microbes parfois réunis par deux, décolorables par le Gram ; — semés à nouveau, ils ne donnent pas de nouvelles colonies. Le produit de raclage des mêmes cultures, inoculé à la souris, reste sans effets.

Les microcoques entrevus dans les préparations du pus et de la rate et sur les cultures en sérum et en gélose ne sont pas assez caractérisés pour qu'aucune conclusion positive découle de cet examen. Comme dans les examens du 15 et du 25, les organismes pyogènes vulgaires n'ont pu être mis en évidence. D'autre part, le bacille de Koch n'a pas non plus été décelé et l'autopsie éloigne toute hypothèse de tuberculose.

Reste l'idée de gonococcie, qui, malheureusement, n'est pas suffisamment appuyée par les constatations bactériologiques pour être affirmée.

Ainsi l'examen bactériologique laisse incertain sur l'agent infectieux en cause, tout en faisant supposer une infection blennorrhagique.

Certes, la chose est possible, et la réalité de l'infection générale à gonocoques est bien démontrée à l'heure actuelle.

On sait aussi le gonocoque capable de provoquer d'autres lésions que les catarrhes uréthraux, et, parmi ces lésions qu'il n'y a pas lieu d'énumérer ici, la phlébite à gonocoques est bien certaine.

De deux observations publiées par Ahmann (1), il résulte que les gonocoques pénètrent dans le tissu conjonctif et peuvent provoquer des phlébites capillaires par thromboses, d'où ils peuvent facilement pénétrer dans la circulation pour déterminer dans les parties les plus éloignées du corps de nouveaux processus inflammatoires. On conçoit la possibilité et la facilité de production de ce fait, si l'on se reporte à la lésion microscopique reproduite par la photographie dans le travail de Hautcheff cité plus haut.

(1) Ahmann, *Arch. f. Dermatologie u. Syph.*, 1897.

D'Acheux, en 1898, sur 17 observations de phlébite blennorrhagique collationnées dans différents travaux, en élimine 6 comme douteuses ; 11 qui restent, plus une qu'il ajoute à ce nombre, suffisent pour affirmer la réalité de la phlébite gonococcique. D'après cet auteur, la phlébite serait précédée généralement de rhumatisme blennorrhagique. Ce serait une affection bénigne.

Cependant elle peut s'accompagner d'embolie pulmonaire et de mort subite (2 cas cités par M. Brouardel : phlébite des sinus prostatiques, phlébite de la veine iliaque).

Elle peut s'accompagner de thrombose de la veine cave inférieure et amener consécutivement la mort, si l'on admet la nature gonococcique de ces diplocoques que M. Thiry n'a pas osé reconnaître.

Nous avons cru utile de rapporter ce cas d'oblitération de la veine cave inférieure, en raison de la rareté de la lésion, tout d'abord, mais surtout à cause des particularités intéressantes qu'il présente aux points de vue anatomique, clinique et pathogénique.

On a pu y voir un exemple d'extension rapide et considérable d'une thrombose d'une petite veine à un énorme vaisseau et au cœur. On a pu rapporter à chaque étape de la marche progressive de la thrombose des symptômes particuliers.

Enfin, la grande probabilité de l'infection gonococcique dans ce cas est une acquisition de plus pour l'histoire des phlébites blennorrhagiques.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1894, nous ne pouvons que renvoyer à la nomenclature si complète de :

F. Krauss. — *Uber Verschluss der Vena cava superior und der Vena cava inferior*. Inaug. Diss., Tübingen, 1895, 45 pages.

Depuis cette époque, nous avons trouvé dans les annales médicales les travaux suivants :

Wallgren (Axel). — Ein Fall von Thrombus der Vena cava inferior. *Finska Läkesällskapets Handlingar*. Bd 37, Heft VII u. VIII, 1895.

LOMBARDINI. — *Contribution à l'étude clinique de l'oblitération de la veine cave inférieure*. Th. Paris, 1895-96, n° 226.

HAUSHALTER et ETIENNE. — Thrombose de la veine cave inférieure. *Congrès de Nancy*, 7 août 1896.

SCHWAB. — *Ueber einen Fall von Thrombose der Vena cava inferior*. Inaug. Diss., Munich, 1894, 29 pages.

GRIFFON. — Phlébite oblitérante de la veine cave inférieure dans un cas de tuberculose cavitaire de la première enfance. *Société anatomique*, décembre 1898.

WILLERDING (E.). — *Ueber Thrombosa der Vena cava inferior und deren Folgen*. Inaug. Diss., Greisswald, 1898, 30 pages.

THRAN (J.). — *Ueber einen Fall von Lebervenen Thrombose*. Inaug. Diss., Kiel, 1899, 28 pages.

KLUGE (H.). — *Ein Fall von Geschwulls Thrombose der unteren Hohlvene und des rechten Vortisfes*. Inaug. Diss., Kiel, 1900, 18 pages.

SYDNEY (PHILLIPS).—Thrombose de la veine cave inférieure et des veines iliaque et fémorale gauche simulant un ulcus stomacal perforé. *Clin. Soc. of London, in Brit. med. J.*, 1er décembre 1900.

THOMA (R.). — *Beitrag zur differential Diagnose zwischen Verschluss der Pfortader und der unteren Hohlader*. Casselt, 1895, avec 15 tableaux.

ACHEUX (E. D'). — *La Phlébite blennorrhagique*. Th. Paris, 1898.

BROUARDEL et GILLEST. — *Traité de médecine*, t. VI, pp. 716 et suiv.

MINGOPOULO. — *Essai sur les complications générales de l'infection gonococcique*. Thèse Paris, 1898-99.

SORRENTINO. — Pathogénie des complications générales de la blennorrhagie. *Giorn. intern. del' Sc. med.*, 15 octobre 1899.

HAUTCHEFF. — *Étude anatomo-clinique de la métrite cervicale blennorrhagique*. Th. Nancy, 1899-1900.

AHMANN. — *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1897, analysé par DOYON, in *Annales de dermat. et syph.*, 1898, p. 296.

DU POULS ET DE LA TEMPÉRATURE PENDANT LA PUERPÉRALITÉ

(VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE)

Par **Constantin Daniel,** interne des hôpitaux de Paris.
Répétiteur à la clinique Baudelocque.

L'étude du pouls et de la température pendant la grossesse et les suites de couches a été l'objet de nombreux travaux, soit en France, soit à l'étranger. En France, le premier qui se soit occupé plus spécialement de la question fut Blot (1863) (1).

Les publications les plus anciennes sont celles de Tonnelé (2), Eisenmann (3), Béhier (4), Tarnier (5), Depaul (6) ; puis parurent celles de Henney (7), Billet (8), Chantreuil (9), Lefort (10), Hervieux (11), Quinquaud (12), Charpentier (13),

---

(1) BLOT, Du ralentissement du pouls dans l'état puerpéral. *Bull. Acad. méd.* ou *Arch. gén. méd.*, 1864.

(2) TONNELÉ, Des fièvres puerpérales. *Arch. gén. de méd.*, t. XXII, 1830.

(3) EISENMANN, *Fièvre traumatique et fièvre puerpérale*, 1837.

(4) BÉHIER, Lettre à Trousseau sur la fièvre puerpérale. *Union méd.*, 1858.

(5) TARNIER, *Recherches sur l'état puerpéral*. Th. de Paris, 1857. — *Fièvre puerpérale à la Maternité*, 1858.

(6) DEPAUL, *De la fièvre puerpérale*, 1858.

(7) HENNEY, Recherches sur le pouls pendant les 15 premiers jours qui suivent l'accouchement. *Arch. gén. de méd.*, 1868.

(8) BILLET, *Études cliniques sur la température, le pouls, la respiration*. Th. de Strasbourg, 1869.

(9) CHANTREUIL, *Recherches sur le pouls des nouvelles accouchées*.

(10) LEFORT, *Études cliniques sur la température et le pouls des nouvelles accouchées* (Th. de Strasbourg), 1869.

(11) HERVIEUX, *Traité clinique des maladies puerpérales*, 1870.

(12) QUINQUAUD, *Puerpérisme infectieux*. Th. de Paris, 1872.

(13) CHARPENTIER, *Accidents fébriles des nouvelles accouchées*, 1872.

D'Espine (1), Lorain (2), Raymond (3), Troisier (4), Siredey (5), Louge (6), Herpain (7), Vinay (8), Pinard et Wallich (9), Varnier (10). A l'étranger, celles de Hecker (11), Wunderlick (12), Mac Clintock (13), Winckel (14), Chiarléoni (15), Schroeder (16), Karl Heil (17), etc.

L'étude du pouls et de le température est de la plus haute importance pendant la puerpéralité ; elle permet, pendant la grossesse, de se rendre compte de l'état général de la mère et de l'évolution de l'œuf ; pendant les suites de couches, son importance est encore plus grande, car la plaie utérine, après l'expulsion du fœtus, est la porte d'entrée de germes pathogènes et le point de départ de toute cette série d'accidents décrits sous le nom d'infection puerpérale. — On voit, en effet, pendant la grossesse normale et physiologique, la courbe thermique et le tracé du pouls, présenter une marche régulière, un aspect identique. En examinant l'évolution normale

(1) D'Espine, *Septicémie puerpérale*, 1872.

(2) Lorain, *Études de médecine clinique, température du corps humain et ses variations dans les diverses maladies*. Publication par le Dr Brouardel, 1877.

(3) Raymond, *De la puerpéralité*. Th d'agrégation, 1880.

(4) Troisier, *Phlegmatia alba dolens*. Th. d'agrégation, 1880.

(5) Siredey, *Maladies puerpérales*, Paris, 1884.

(6) Louge, *Mémoire sur le pouls puerpéral physiologique*, 1886.

(7) Herpain, *Septicémie puerpérale*, p. 51, 1888.

(8) Vinay, *Traité des maladies de la grossesse*, 1894.

(9) Pinard et Wallich, *Traitement de l'infection puerpérale*, G. Steinheil, 1896.

(10) Varnier, Du ralentissement du pouls pendant les suites de couches. *Annales de gynécol. et d'obst.*, p. 31, 1899. — *Obstétrique journalière*, p. 328, Paris, 1900, G. Steinheil.

(11) Hecker, État de la température pendant la puerpéralité normale. *Monatschrift f. Gebur.*, t. IV, p. 464, 1854.

(12) Wunderlick, *De la température dans les maladies*, 1860.

(13) Mac Clintock, *Quarterly Journal of medical sciences*, Dublin, 1861.

(14) Winckel, *Monatschrift für Geburtskunde*, p. 409, 1862.

(15) Chiarléoni, *Os di termometria clinica nello stato puerperale*, Torino, 1875.

(16) Schroeder, *Lehrb. des Geb.*, 8e édition, 1884.

(17) Karl Heil, *Annales de gynéc. et d'obst.*, p. 31, 1899.

et physiologique du pouls et de la température, on peut arriver au diagnostic de la nature et faire le pronostic de gravité des divers accidents qui peuvent troubler la puerpéralité.

En étudiant de nombreuses feuilles de température et en prenant régulièrement le pouls et la température, soit de femmes saines, soit de femmes malades, nous sommes arrivés à établir des tracés typiques des oscillations du pouls et de la température pendant la grossesse ou les suites de couches. Ces tracés sont de véritables schémas, qui permettent d'établir à l'examen seul de la feuille de température la nature des différentes complications.

Dans notre exposé, nous avons indiqué le diagnostic différentiel des courbes thermiques entre elles au cours des différents accidents: nous n'avons pas négligé non plus le côté clinique en donnant au fur et à mesure les symptômes des différentes affections qui ont pu influencer la marche du pouls et de la température. De cette façon, l'on arrive facilement à faire le diagnostic voulu : l'examen des feuilles de température nous fait pressentir la complication, que vient nous confirmer l'examen clinique.

Dans ce travail, nous ne nous occuperons que des accidents précoces, immédiats, surtout des 15 premiers jours qui suivent l'accouchement, accidents que l'on observe chez les accouchées pendant leur séjour à l'hôpital. Pour les accidents au delà du 15e jour, accidents infectieux à une période avancée des suites de couches (phlébite, suppurations), nous les étudierons dans un travail ultérieur. De cette façon, nous laissons de côté aussi les accidents tardifs (infections chroniques de l'utérus et des annexes), accidents qui évoluent au delà du premier mois et dont l'étude rentre dans le domaine chirurgical.

Nous décrirons d'abord : 1° *le pouls et la température pendant la puerpéralité physiologique* (grossesse et suites de couches normales), ce qui nous permettra d'étudier, dans une deuxième partie : 2° *le pouls et la température pendant la*

puerpéralité pathologique (grossesse et suites de couches anormales).

Toutes nos recherches ont été faites à la maternité de l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître le Dr Champetier de Ribes, et nous devons tous nos remerciements à Mlle Graillot, sage-femme en chef du service, qui a bien voulu nous aider à établir nos feuilles de température.

I. — Pouls et température pendant la grossesse et les suites de couches normales.

I. Pendant la grossesse normale. — La *température* pendant la grossesse normale et physiologique diffère peu de ce qu'elle est à l'état ordinaire. Sur 20 femmes examinées, matin et soir, à la maternité de l'Hôtel-Dieu, la courbe thermique moyenne variait de 36°,6 à 36°,8 avec un maximum de 37° et un minimum de 36°,4.

Le pouls chez les femmes en couches a été différemment décrit par les auteurs. D'après Louge (1), le pouls d'une femme jeune, bien portante, éveillée, au repos, hors l'état de grossesse, est de 72 à 75 ; pendant la grossesse (vers le 5e mois), le pouls moyen varie entre 84,6 et 86,9, suivant la position assise, couchée et debout.

Karl Heil (2), cité par Varnier, ayant étudié, dans un mémoire, le pouls chez les femmes enceintes, arrive aux moyennes suivantes : chez une femme bien portante, au repos, hors l'état de grossesse, le pouls tombe au-dessous de la moyenne admise, 75.

Pouls au-dessous de 75	60,8	p. 100
— — 65.	24,45	—
— — 60.	11,45	—

Varnier (3), ayant examiné 32 femmes grosses à la clinique

(1) Louge, *loc. cit.*, 1886.
(2) Karl Heil, *loc. cit.*, 1899.
(3) Varnier, *loc. cit.*, 1899-1900.

Baudelocque, au cours des deux premiers mois de la grossesse, en prenant le pouls à 9 heures du matin, arrive aux conclusions suivantes :

Pouls constamment au-dessus de 75 ou avec de rares descentes au-dessous	26 = 81	p. 100
Pouls à cheval sur 75.	4 = 11,5	—
Pouls franchement au-dessous de 75.	2 = 6,25	—

Comme *conclusion*, l'on peut dire que, d'après les travaux précédents, il semble que le pouls a tendance à rester au-dessous de 75 pendant la grossesse physiologique ; il est donc généralement au-dessus de la normale. La température oscille entre 36°,6 et 36°,8 (dans l'aisselle) ; elle diffère donc très peu de la normale (voyez tracé I).

II. Pendant le travail et l'accouchement. — La *température* s'élève pendant les contractions du travail ; cette élévation varie de 2 à 5 dixièmes de degré et paraît en rapport avec la fréquence, la durée, l'énergie des contractions : souvent le thermomètre descend pendant l'intervalle des douleurs. Du début à la fin du travail, il y a, en général, une élévation de 3 à 5 dixièmes de degré environ. A la fin du travail, le thermomètre monte, et si l'on prend la température aussitôt après l'accouchement, on voit qu'elle oscille entre 37° et 37°,5 (Tarnier et Budin) (1). Quelquefois cependant le thermomètre monte et peut, au moment de l'accouchement, atteindre 38°, 38°,5 et même 39° ; il s'y maintient pendant les premières heures qui suivent l'accouchement et ensuite tombe au-dessous de la normale. Cette élévation, appelée *fièvre de travail*, serait due pour les uns « au surmenage causé par le travail de l'accouchement » (Ribemont-Dessaignes et Lepage) (2), car l'on observerait ces cas surtout à la suite d'un travail laborieux. Pour d'autres, il y aurait un degré d'infection (Vinay) (3). Cette

(1) Tarnier et Budin, *Traité de l'art des accouchements* (infection puerpérale), p. 591. G. Steinheil.

(2) Ribemont-Dessaignes et Lepage, p. 1233.

(3) Vinay, *loc. cit.*, 1894.

fièvre commence à diminuer deux heures après l'expulsion et atteint la normale dans les douze heures qui suivent.

Le *pouls*, d'après Louge (1), s'accélère de 5 à 6 pulsations par minute pendant les douleurs préparantes, de 15 à 20 pulsations pendant les contractions efficaces, en dehors de l'effort, pour retomber, en moyenne, à 82 aussitôt après l'expulsion du fœtus. Puis, il remonte à 100 ou 120 pendant le frisson physiologique, et descend enfin plus ou moins brusquement, après la délivrance, au-dessous de la moyenne normale. Ce ralentissement se montre de 8 à 48 heures après la délivrance.

Pour *conclure*, l'on peut dire, d'après ce qui précède, qu'il y a pendant le travail une accélération manifeste du pouls et de la température, qui peut se prolonger pendant 10 à 12 heures après l'accouchement. La température moyenne oscille, en général, entre 37° et 37°,5, elle dépasse rarement 38° ; elle peut atteindre 38°,5, dans des cas exceptionnels. Le pouls suit la température et subit les mêmes oscillations, s'accélère progressivement pendant les douleurs, pour atteindre 82 au moment de l'accouchement. Il peut atteindre 100 à 120 pulsations après l'accouchement (voy. tracé I).

III. Pendant les suites de couches. — La *température*, d'après Lefort (2), est influencée par le travail et la durée de ce dernier, sa marche plus ou moins normale, la quantité de sang écoulée, le moment de la journée ou de la nuit. En tenant compte de ces considérations, il arrive à formuler la loi suivante : « Augmentation de la température dans les 12 heures qui suivent l'accouchement normal, puis l'abaissement qui survient dans les 12 dernières heures de la journée. »

Pour cet auteur, la température plus basse, immédiatement après l'accouchement, monte dans les 12 heures suivantes, pour tomber de nouveau de près de 0,5 dans les 12 autres heures. Et définitivement l'augmentation de la température

(1) Louge, *loc. cit.*, 1886.
(2) Lefort, *loc. cit.*, 1869.

est égale à l'abaissement qui suit, de sorte que, en général, au bout des 24 premières heures, le thermomètre arrive à la même hauteur qu'immédiatement après l'accouchement. Il résulte de ces recherches que la température est :

Immédiatement après la naissance	(sur 38 obs.) .	37°,1
12 heures après la naissance	(sur 28 obs.)	37°,4
24 — —	(sur 43 obs.)	37°

Cet auteur cite des cas extrêmement rares où, après l'accouchement, on a constaté 38°,5 chez une multipare, dont le travail fut très rapide, l'expulsion s'étant faite au bout de deux à trois contractions.

Lefort fait remarquer que, dans son ensemble, la température des nouvelles accouchées dépasse de quelques dixièmes, pendant 6 à 7 jours, la température normale. Ce fait serait dû à l'excitabilité plus grande des nouvelles accouchées sur lesquelles toutes les causes morbides exercent une profonde influence.

Pour Siredey (1), sur 50 observations de femmes exemptes de complications inflammatoires, et tenant compte des 5 jours qui suivent la délivrance, la température oscille autour de 37°,1, avec un maximum de 37°,3 et un minimum de 37°. La température la plus élevée est celle du premier jour qui suit l'accouchement ; la plus basse est celle du 2e jour qui suit l'accouchement. A partir du 3e jour, elle se maintient pendant quelques jours au-dessous de la normale, puis elle commence à s'élever de 2 dixièmes pour se rapprocher graduellement de l'état normal, à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'accouchement, et atteindre 37°,5 vers le 9e jour (temp. rectale).

De notre côté, en prenant régulièrement la température matin et soir chez 50 nouvelles accouchées, nous sommes arrivés aux moyennes suivantes :

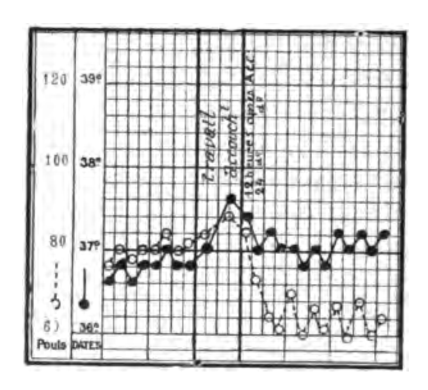
1° 12 à 24 heures après l'accouchement, la température est comprise entre 36°,8 et 37°,4 ;

(1) Siredey, *loc. cit.*, 1884.

2° Le 2e jour, la température tend à s'élever et se maintenir pendant 7 à 8 jours au-dessus de la normale. Cette élévation est très faible et oscille entre 2 et 3 dixièmes de degré ;

3° La température moyenne normale prise dans l'aisselle est de 36°,8 ; les températures descendant au-dessous de ce chiffre sont rares.

Dans quelques cas rares, dans les 12 heures qui suivent



TRACÉ I (1). — Pouls et température pendant la puerpéralité normale.

l'accouchement, la température du travail augmente progressivement de 5 à 8 dixièmes, dépassant rarement 1°. Dans les heures suivantes, la température tombe.

D'après les auteurs précédents et d'après nos propres observations, l'on peut conclure que la température moyenne dans les suites de couches normales, prise dans l'aisselle, doit osciller entre 36°,8 et 37°,2 (voy. tracé I).

Le *pouls* dans les suites de couches a été l'objet de nombreux travaux en France et à l'étranger, comme nous l'avons dit au début de ce travail. Voici le résumé des recherches de Blot (2), publiées en 1864 dans un mémoire présenté à l'Aca-

(1) Dans nos tracés, la ligne pleine est celle de la température ; la ligne claire marque la courbe du pouls.

(2) BLOT, 1864, *loc. cit.*

démie de médecine et que nous empruntons au travail de notre maître le Dr Varnier (1):

1° Chez les femmes en couches bien portantes, on voit généralement survenir un ralentissement du pouls plus ou moins marqué.

2° La durée du ralentissement varie de quelques heures à 10 ou 12 jours.

3° La marche du ralentissement est presque toujours la même, il commence ordinairement dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, il va en augmentant, il reste un certain temps stationnaire, puis disparaît peu à peu.

4° On le voit souvent persister même à un degré très prononcé pendant la période des couches qu'on décrit généralement sous la dénomination souvent impropre de fièvre de lait.

5° Le ralentissement du pouls est un signe pronostic très favorable ; on ne le rencontre que chez les femmes bien portantes.

6° Les recherches sphygmographiques faites avec M. Marey montrent d'une manière manifeste qu'il est en rapport avec une augmentation de la tension artérielle après l'accouchement.

Depuis lors, de nombreux mémoires sont venus confirmer les travaux de Blot.

Louge, en 1886 (2), dans un mémoire arrive aux conclusions suivantes :

1° Le pouls oscille pendant toute la durée des suites de couches entre 72 et 80 sans jamais descendre au-dessous. C'est la courbe sans ralentissement.

2° Sa fréquence oscille entre 72 et 80, mais l'on observe, à certains jours des couches, une diminution momentanée ; le pouls descend à 60 et à 58, puis s'élève de nouveau, c'est la courbe la plus commune, à ralentissement mixte.

3° La fréquence du pouls qui se tenait entre 70 et 84 après la délivrance se ralentit manifestement et graduellement, oscille en moyenne entre 50 et 46, présente le maximum de ralentissement

(1) Varnier, *loc. cit.*
(2) Louge, *loc. cit.*

le matin du 7e jour, puis s'élève successivement au chiffre normal. C'est la courbe à ralentissement franc ; elle forme une courbe à concavité supérieure.

Telles étaient les connaissances presque classiques sur l'état du pouls après l'accouchement, lorsque parut en Allemagne un travail de Karl Heil (1), qui arrive à des données opposées. Voici en résumé ses conclusions :

1° Du 1er au 8e jour la moyenne va de 71 à 75 pulsations, pour s'élever à 78 le 9e jour et 81 le 10e jour.

2° Il n'y a pas de ralentissement physiologique du pouls des accouchées. Le pouls peut être lent, et c'est là un phénomène de bon augure, mais il ne représente pas un attribut propre, exclusif aux suites de couches.

Varnier (2), ayant repris la question dans un travail publié l'année suivante et observant dans le milieu et dans les conditions où Blot a observé, y recueille une série d'observations concluantes.

Ces observations, portant les unes sur 35 femmes accouchées différentes et les autres sur 36 femmes observées pendant la grossesse et les suites de couches, donnent les résultats suivants :

Pouls au-dessus de 75.	2,85	p. 100
— à cheval sur 75.	57,14	—
— au-dessous de 75.	40 »	—

De toutes ces recherches il en arrive aux mêmes conclusions que Blot :

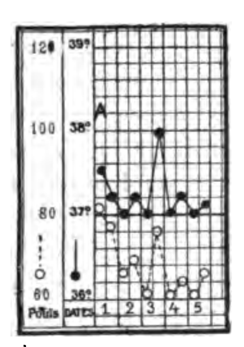
1° On voit généralement survenir chez les femmes en couches, bien portantes, un ralentissement plus ou moins marqué du pouls.

2° Dans l'état physiologique, le ralentissement du pouls nous paraît un fait général ; son degré seul varie ; il ne tient pas à une disposition particulière à quelques femmes qui auraient naturellement le pouls lent.

(1) Karl Heil, *loc. cit.*, 1899.
(2) Varnier, *loc. cit.*, 1899-1900.

On peut *conclure* par suite des travaux précédents que la marche du pouls et de la température est très variable pendant les suites de couches normales. Si parfois les deux courbes suivent une marche parallèle, le plus souvent il y a un désaccord manifeste entre les deux et ordinairement de la façon suivante :

1° Le pouls se ralentit en général pendant les suites de couches et se maintient entre 60 et 70. Dans des cas excep-



Tracé II. — Montée laiteuse.

tionnels on l'a vu descendre à 44 et même à 30 pulsations.

2° Le ralentissement se manifeste de 8 à 48 heures après la délivrance. Sa marche est presque toujours la même ; il va d'abord en augmentant, reste stationnaire, puis disparaît progressivement. Parfois il cesse pendant quelques jours pour reparaître ensuite. La durée du ralentissement varie de 1 à 12 jours.

3° Quelquefois l'on observe vers le 3e jour, au moment de la montée laiteuse, une fréquence du pouls de 1 à 4 pulsations ; elle correspond à l'ascension thermique qui accompagne la montée laiteuse : exceptionnellement le pouls monte de 10 pulsations ; souvent il n'est pas interrompu dans sa descente. Le minimum atteint oscille entre 40 et 58 (Varnier) ; ce minimum s'observe du 5e au 8e jour. Lorsque la femme se lève pour la

première fois, il est habituel de constater une ascension brusque de la courbe (Voy. tracé II).

4° Le ralentissement du pouls est influencé par les hémorrhagies, qui peuvent le faire disparaître si elles sont abondantes. En effet, d'après les recherches sphygmographiques de Blot et Marey, le ralentissement du pouls est lié à l'augmentation de la tension artérielle après l'accouchement. Cette haute tension résulte elle même de la suppression brusque de l'énorme circulation utérine, et ce qui vient à l'appui de cette explication, c'est que les caractères du pouls changent, et qu'au lieu d'un ralentissement, l'on observe une accélération, lorsque la perte sanguine qui accompagne la délivrance a été un peu plus considérable qu'elle ne doit être (Voy. tracé I et III).

Valeur séméiologique et pronostique. — L'examen du pouls et de la température pendant les suites de couches normales peut avoir une grande valeur pronostique. Il résulte de l'étude du *pouls* pendant les suites de couches que :

1° Le pouls qui fléchit d'une façon sensible pendant les suites de couches est d'un bon pronostic.

2° Toutes les fois que le pouls excède 100 pulsations, une complication a surgi.

La *température* peut également par sa marche avoir, elle aussi, une valeur pronostique :

1° Le thermomètre peut monter de quelques dixièmes de degré dans les 12 premières heures qui suivent la parturition, pour redescendre ensuite. Cette ascension ne comporte aucun pronostic grave, si elle est éphémère.

2° Chaque fois qu'il existe une élévation de la température, continue, s'écartant peu de 37°,5, et surtout si elle dépasse 38°, et qu'elle s'accompagne de rapidité du pouls, on doit craindre l'existence de quelques complications.

3° Quelquefois, cependant, on observe bien dans les suites de couches normales une légère élévation de la température, au moment de la montée laiteuse, mais cette élévation ne doit pas dépasser 37°,9. Dans des cas tout à fait exceptionnels, on l'a vue dépasser 38°,5 ; mais il faut savoir que cette montée

apparaît vers le 2e ou 3e jour, et elle est toujours éphémère (Voy. tracé II).

Par conséquent, cette ascension légère et momentanée, bien distincte de celle que l'on peut observer les jours suivants et qui est à la fois plus considérable et plus persistante, ne comporte aucun indice de pronostic grave.

Ceci nous amène à parler de la fièvre de lait. Admise par les médecins anciens, la *fièvre de lait* donna lieu à un grand nombre de théories sur son origine et sa cause. Charpentier (1) les passe en revue et les étudie avec soin. Mauriceau (2), le premier, réagit contre l'idée de la fièvre de lait et n'admet pas que la fièvre soit indispensable à l'établissement de la nouvelle sécrétion. Plus tard, les études de Levret (3), Mourette (4), Debraille (5), Mory (6), surtout celles de Depaul (7), montrent qu'en dehors de toute complication, la sécrétion lactée, qui n'est d'ailleurs qu'une fonction, s'établit sans fièvre ; en d'autres termes, la fièvre de lait n'existe pas.

En résumé, si le thermomètre dans l'accouchement normal (au moment de la montée laiteuse) marque plus de 38°,5, dans l'aisselle, on peut affirmer qu'il ne s'agit plus de la sécrétion du lait, mais qu'il existe une complication, soit du côté des seins eux-mêmes, soit du côté des organes génitaux.

On peut cliniquement se rendre compte de la cause de cette température ; dans les affections du sein on rencontre des crevasses du mamelon, de la lymphangite. Du côté des organes génitaux, il s'agit d'inflammation des déchirures et des plaies vulvaires, d'infection utérine locale, ou de résorptions de matières septiques et d'infection généralisée (septicémie).

(1) CHARPENTIER, 1872, 1888.

(2) MAURICEAU, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. 4e édition, 1674.

(3) LEVRET, *Mém. Acad. roy. de chir.*, t. III, 1757.

(4) MOURETTE, *Quelques remarques critiques sur la fièvre de lait*. Paris, 1[illegible].

(5) DEBRAILLE, *De la fièvre de lait*. Paris, 1862.

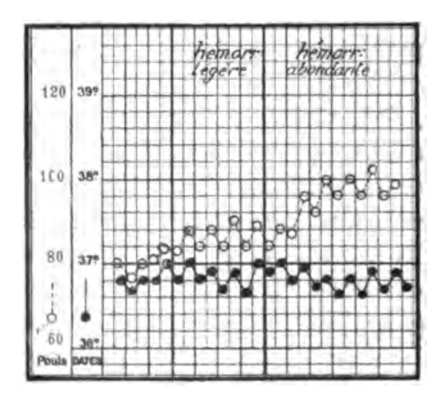
(6) MORY, *De la prétendue fièvre de lait*. Paris, 1863.

(7) DEPAUL, *loc. cit.*, 1879.

II. — Pouls et température pendant la grossesse et les suites de couches pathologiques.

Comme nous l'avons fait pour la grossesse et les suites de couches normales, de même nous étudierons les modifications du pouls et de la température, d'abord pendant la grossesse, puis pendant les suites de couches anormales.

I. Pendant la grossesse pathologique. — A part les différentes affections qui peuvent se greffer chez les femmes



TRACÉ III. — Hémorrhagie de la grossesse.

enceintes, et qui présentent un tracé thermique spécial, on voit quelquefois la courbe du pouls et de la température subir une modification anormale, tantôt typique comme dans les hémorrhagies de la grossesse, tantôt atypique et irrégulière comme dans les divers états infectieux ou toxiques (toxi-infections, intoxications, infections).

1° HÉMORRHAGIES DE LA GROSSESSE. — Dans les hémorrhagies de la grossesse, on voit, si la perte de sang est légère, une élévation de *pouls* de 5 à 10 pulsations : si l'hémorrhagie est plus abondante, l'accélération est plus manifeste, et le pouls s'élève de 15 à 20 pulsations au-dessus de la normale (Voy. tracé III).

Cette élévation persiste pendant quelques jours et disparaît avec l'hémorrhagie.

La *température* reste normale, et sur la feuille on voit un désaccord net entre la courbe thermique et celle du pouls.

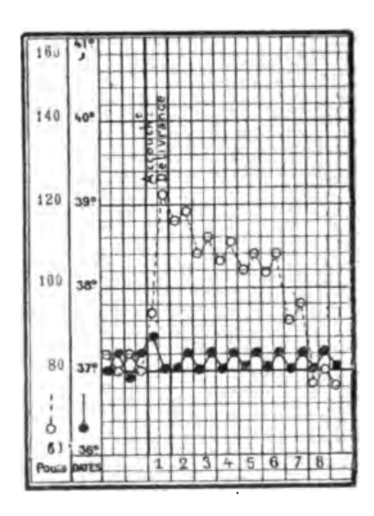
2° Infections diverses indéterminées. — Sous ce chapitre, on peut placer tous les états fébriles dus à des infections utérines, ou à point de départ génital, qui peuvent apparaître chez les femmes en couches, dans les derniers mois de la grossesse. Ce sont de véritables états pathologiques, obstétricaux pour ainsi dire, tenant à la grossesse elle-même, et qui peuvent modifier la marche normale du pouls et de la température pendant la grossesse.

Tantôt ce sont des phénomènes toxiques (toxémie hépatogravidique, mort du fœtus avec membranes intactes, comme nous en avons observé deux cas à la maternité de l'Hôtel-Dieu) ; tantôt des phénomènes infectieux consécutifs à la rupture prématurée des membranes et tantôt enfin des infections indéterminées graves, apparaissant avant le début du travail, les membranes intactes, et se comportant comme de véritables infections puerpérales précoces *ante partum*. Nous avons observé cette année, dans le service de notre maître le Dr Champetier de Ribes, deux cas de cet ordre, qui seront publiés ultérieurement. Dans tous ces cas, la courbe du pouls et de la température prend les caractères les plus variables, et il est absolument impossible d'en donner un type clinique. Dans l'infection, après rupture prématurée des membranes, la fièvre éclate dans les 2 à 3 jours en général, et évolue comme dans les autres infections utérines, que nous décrirons plus loin. Quant aux autres états infectieux indéterminés, ils se comportent comme toutes les infections non spécifiques et sortent d'un type régulier.

II. Pendant les suites de couches anormales. — Après l'expulsion du fœtus, on peut observer un certain nombre de phénomènes pathologiques : à part les cas où il s'agit d'une maladie contractée pendant la grossesse, qui continue à évoluer pendant les suites de couches, il en est d'autres, tenant à la puer-

péralité même, qui se développent indépendamment et qui peuvent modifier la courbe normale du pouls et de la température, en lui imprimant une marche caractéristique.

La plupart de ces états sont d'ordre infectieux et d'origine puerpérale. Nous n'insisterons particulièrement que sur ces derniers. Sans vouloir faire la pathogénie des accidents des suites de couches, on peut dire simplement que les infections



TRACÉ IV. — Hémorrhagie de la délivrance.

chez les femmes accouchées revêtent des formes cliniques nombreuses, suivant la variété ou la virulence des microorganismes, suivant la porte d'entrée de ces derniers et la qualité du terrain sur lequel ils se développent.

Dans l'infection puerpérale, comme dans toutes les affections microbiennes, on doit considérer le microbe et la porte d'entrée. La pénétration des agents pathogènes est variable. L'accouchement peut être comparé à un véritable traumatisme, le passage forcé du fœtus s'accompagnant toujours de lésions plus ou moins profondes de l'appareil génital.

Il existe, en outre, la large plaie placentaire toute préparée

pour servir de porte d'entrée aux germes pathogènes. Quant aux microorganismes, ce sont le streptocoque le plus souvent et toute la série des microbes, isolés ou associés, qu'on observe dans les différentes infections. L'infection se fait de deux façons : soit par hétéro-infection, les germes venant du dehors, soit par auto-infection, récidive d'anciens foyers septiques péri-utérins ou de saprophytes habituels du vagin, qui deviennent virulents à l'occasion de l'accouchement.

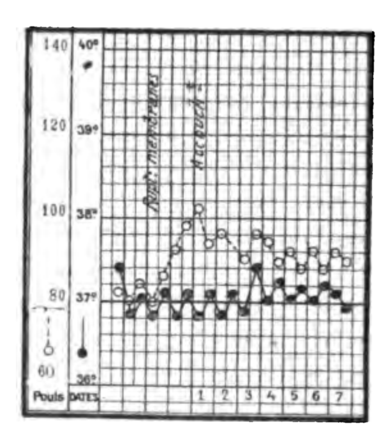
Nous étudierons successivement, pendant les suites de couches, les modifications du pouls et de la température dues à l'*hémorrhagie de la délivrance*, à la *rupture prématurée des membranes*, *aux affections du sein* (crevasses, lymphangite, galactophorite) et nous finirons par l'*étude des complications génitales* (eschares, infection utérine, infection généralisée).

1° HÉMORRHAGIE DE LA DÉLIVRANCE. — Chez les femmes qui ont perdu une grande quantité de sang après la délivrance, l'on peut voir dans les suites de couches un désaccord très marqué entre le pouls et la température. La TEMPÉRATURE ne subit aucune modification. Mais c'est surtout le POULS qui présente une courbe spéciale. Dépassant de 10 à 12 pulsations le chiffre normal au moment de l'accouchement, il atteint en cas d'hémorrhagie abondante 100 à 120 pulsations au moment de la délivrance. Les jours suivants, il oscille autour de 110 d'abord, de 100 ensuite pour descendre progressivement à la normale vers le 7e ou 8e jour des suites de couches. La durée et l'intensité de l'exagération du pouls sont en rapport direct avec l'hémorrhagie. Dans son ensemble la courbe du pouls, qui atteint brusquement son maximum au moment de la délivrance, est *progressivement descendante* (Voy. tracé IV).

Le *diagnostic différentiel* du tracé du pouls consécutif aux hémorrhagies doit être fait avec les autres dissociations du pouls et de la température, que l'on peut observer dans l'infection utérine et dans la rupture prématurée des membranes. On peut voir, dans l'*infection utérine*, une accélération du pouls, mais cette accélération débute le 2e ou le 3e jour, oscille pendant quelque temps autour de 100 et continue à s'élever

progressivement ; bientôt, vers le 6e ou 7e jour, la fièvre s'élève à son tour. Dans son ensemble, la courbe du pouls est *progressivement ascendante* (voy. tracé XV).

2° Rupture prématurée des membranes. — Chez les femmes qui ont eu une rupture prématurée des membranes, l'on peut voir souvent une dissociation assez nette entre le pouls et la

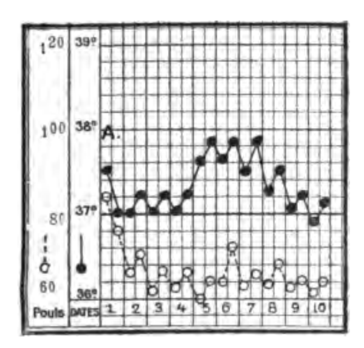


Tracé V. — Rupture prématurée des membranes.

température. Cette remarque ne nous a pas paru indiquée par les auteurs classiques, et nous ne faisons que signaler le fait sans essayer d'expliquer sa pathogénie. Sur 20 femmes observées, ayant eu une rupture prématurée des membranes, nous avons vu presque toujours la courbe du pouls suivre une marche identique : le *pouls*, normal le jour de la rupture des membranes, s'élève progressivement pour atteindre 90 et 100 pulsations au moment de l'accouchement, c'est-à-dire en général 48 heures après ; les jours suivants, il se maintient autour de 80 ou 90 pendant 6-10 jours. Dans son ensemble, la courbe du pouls se maintient *stationnaire* au-dessus de la température (voy. tracé V). La *température* elle-même ne présente rien de particulier.

3° Crevasses. — Sur 30 accouchées, nous avons observé que,

dans le tiers des cas, les crevasses ne modifient en rien la courbe du pouls et de la température ; dans les deux tiers, au contraire, l'on observe du côté de la température, vers le 4e ou 5e jour, une élévation de 6 à 8 dixièmes, qui persiste pendant 3-4 jours pour disparaître ensuite. Le POULS ne subit pas de modification, habituellement (voy. tracé VI). En présence du désaccord entre la fièvre légère débutant vers le 4e ou 5e jour (température au-dessous de 38°) et le pouls normal, l'on doit penser à une affection des seins. La malade raconte que les tétées sont douloureuses et les bouts des seins lui font mal.



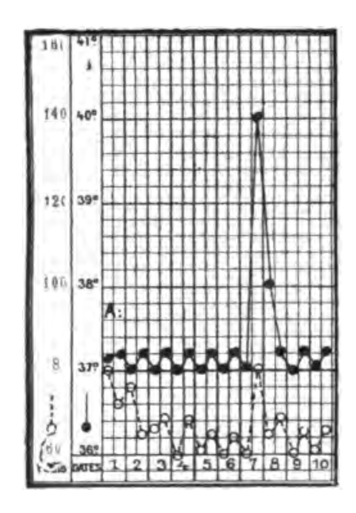
TRACÉ VI. — Crevasses du sein.

A l'examen local, l'on constate de petites érosions, des excoriations à la surface du mamelon. Elles sont extrêmement douloureuses.

4° LYMPHANGITE DU SEIN. — Sur 30 femmes atteintes d'affections des seins, examinées au point de vue du pouls et de la température, nous sommes arrivé aux conclusions suivantes : la TEMPÉRATURE apparaît du 5e au 7e jour de l'accouchement ; elle monte brusquement à 39° ou 40° ; sa durée est de 12 à 24 heures et tombe soit brusquement, soit en deux temps à la normale. Le POULS tantôt ne suit pas la température (avec une température de 40° il reste à 80), tantôt il devient fréquent d'emblée, mais toujours en désaccord avec la température. En présence d'une élévation brusque de la

température, accompagnée de douleurs spontanées et cuisantes dans la région mammaire, il faut découvrir le sein, et l'on voit alors des traînées rouges, qui siègent le plus souvent à la partie externe de la glande. La peau est chaude et douloureuse à ce niveau, le creux axillaire est sensible à la pression, et l'on y trouve quelques ganglions engorgés et douloureux.

La lymphangite du sein succède généralement aux cre-



TRACÉ VII. — Lymphangite du sein.

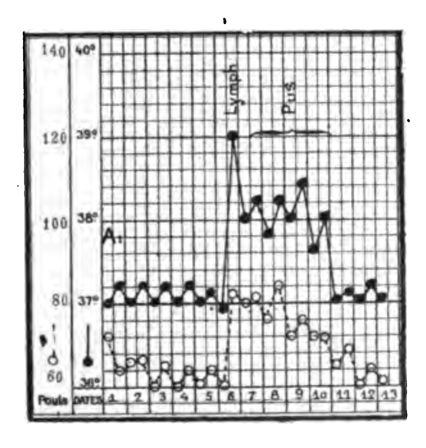
vasses du mamelon ; cet état fébrile est accompagné de frissons petits et répétés.

Quelquefois, cependant, l'on ne constate pas de réseau rouge et pas de douleur superficielle, mais une douleur profonde, et, en palpant la glande, l'on peut sentir quelques petits cordons douloureux qui convergent vers l'aisselle. Il y a de la lymphangite profonde. La durée de cette affection est courte et des pansements humides appliqués sur la région la font disparaître. Souvent la lymphangite est suivie de production de pus ; elle est alors associée à la galactophorite suivie ou non d'abcès (voy. tracé VII).

5° GALACTOPHORITE. — Quand la galactophorite est secondaire

à la lymphangite, la *température* qui était montée brusquement au bout de 12 à 24 heures persiste encore pendant 3-4 jours, oscillant autour de 38°. On peut alors penser à la production de pus dans les seins. Le *pouls* commence à augmenter de 15 à 20 pulsations pour tomber à la normale au bout de 3 à 4 jours en même temps que la fièvre (voy. tracé VIII).

Le *diagnostic clinique* de la galactophorite sera fait par



TRACÉ VIII. — Lymphangite et galactophorite.

le palper : « Le sein est volumineux et tendu ; la glande a conservé sa forme normale excepté dans certains cas, où l'on peut voir une ou plusieurs saillies dures qui sont constituées par les lobules atteints par l'infection. L'on constate en outre de la douleur au palper du sein, et surtout au niveau des points enflammés. Le signe pathognomonique de l'affection est la sortie de pus par le mamelon. Lorsque le pus est en quantité suffisante, il suffit d'exprimer la mamelle à pleines mains pour le faire sourdre, mais lorsqu'il est peu abondant, il faut chercher en différents points pour trouver quel est le canal galactophore qui est atteint, on doit alors explorer les lobules les uns après les autres, puis, en appuyant avec le

pouce et l'index d'avant en arrière, l'on refoule le liquide du côté du mamelon. Le pus s'écoule en même temps que le lait, la quantité du pus varie de quelques gouttes à une cuillerée à café. » (Tarnier et Budin). (1)

Très souvent nous avons été obligé d'exprimer le sein pendant 10 à 15 minutes et même 20 minutes parfois, pour arriver à sortir quelques gouttes de pus.

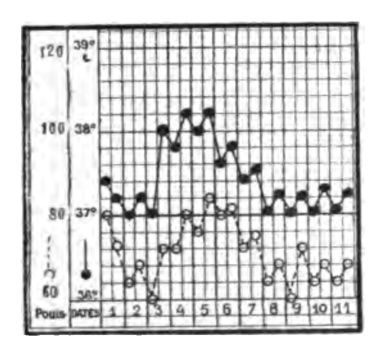
Quelquefois il est difficile de différencier le pus du lait jaunâtre. D'après Budin, l'on peut faire le diagnostic macroscopiquement : « 1° le pus est plus verdâtre; 2° sa consistance est plus grande et plus homogène ; 3° si l'on recueille le liquide sur de la ouate, le lait pénètre plus vite et à la fois plus profondément et plus largement ; le pus y reste plus superficiellement, comme en relief ». Enfin, dans certains cas, au bout de 1 à 3 semaines, quand tout s'est calmé, la température s'élève à 38°,5 ou à 39°, de petits frissons apparaissent, l'abcès s'est formé. Nous ne ferons pas l'histoire clinique des abcès du sein, accidents tardifs des suites de couches (1 à 4 semaines, le plus souvent), qui sont plutôt d'ordre chirurgical.

Diagnostic différentiel des complications du sein. — L'infection des voies génitales sera éliminée d'emblée par l'absence de tout symptôme pelvien, comme nous le verrons plus loin ; d'autre part, la courbe thermique et le tracé du pouls sont tout autres. Le diagnostic avec la montée laiteuse est plus difficile à faire : apyrétique en général, elle peut présenter des oscillations thermiques au-dessous de 38° et, dans des cas rares (1/200), elle s'accompagne de fièvre ; la température peut monter vers le 3e jour à 38°, à 38°,5 exceptionnellement, mais sa durée est courte, 6 à 12 heures en général. Le pouls, sans être parallèle à la température, monte de 8 à 10 pulsations (voy. tracé II). Enfin, à l'examen clinique, les seins, tout en étant durs, ne sont pas douloureux, ne présentent pas de crevasses, pas de noyau localisé, ni de traînées lymphangitiques.

(1) TARNIER et BUDIN, 1901 (IVe vol.).

Quelquefois, cette dureté des seins est très marquée et exaspérée par le palper. La montée laiteuse ne dépasse guère 10 à 12 heures et les seins deviennent moins tendus.

6° Escarres. — Les escarres peuvent être superficielles (à la vulve) ou profondes (du vagin). La *température* apparaît vers le 3e jour, ne dépasse pas 38° ou 38°,3 et disparaît du 7e au 9e jour. Dans certains cas, l'on n'observe pas de fièvre. Le *pouls* suit la température, il oscille autour de 80 (voy. tracé IX). Le *diagnostic clinique* doit être fait, en examinant la ré-



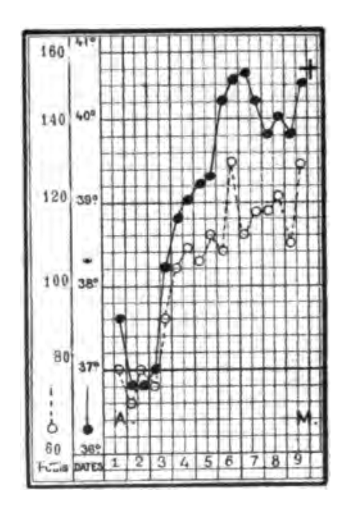
Tracé IX. — Escarres.

gion vulvaire, ou les parois du vagin à l'aide de valves : l'on voit des surfaces irrégulières, rosées par endroits, couvertes d'exsudats grisâtres par ailleurs, et d'aspect diphtéroïde dans d'autres. Les escarres sont très influencées par les attouchements journaliers à la teinture d'iode. Leur durée varie de 6 à 7 jours. Le diagnostic différentiel de la courbe du pouls et de la température liée aux escarres doit se faire avec l'infection utérine, qui débute de la même façon, mais l'utérus petit et retracté, lochies normales, absence de douleurs utérines, sont autant de symptômes permettant d'éliminer cette affection.

7° Infection utérine (endométrite puerpérale). — La *température* débute du 3e au 7e jour, le thermomètre s'élève progressivement à 37°,5, 38, 38°,5. Au bout de 2 à 3 jours de cette fièvre légère, la courbe s'élève brusquement à 40°, à la suite

d'un frisson. Rarement la température apparaît du 1er au 3e jour, dans ce cas il s'agit de véritables septicémies. La marche de la courbe thermique est variable suivant la gravité de l'affection et le traitement administré.

1° Elle peut se *maintenir* aux environs de 40 avec des oscillations d'un degré, la température étant ordinairement plus élevée le soir que le matin ; dans d'autres cas, les oscillations,

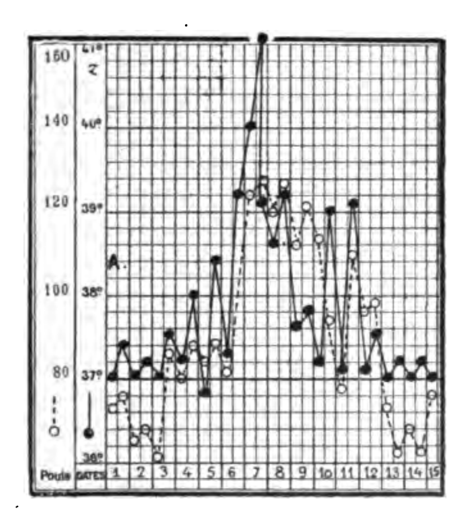


TRACÉ X. — Infection non traitée. Mort.

beaucoup plus marquées, atteignent jusqu'à 2° et 3° ; quelquefois, enfin, on peut voir la courbe s'abaisser aux environs de 38° pendant 1 à 4 jours pour remonter ensuite (voy. tracé X). Elle peut durer plusieurs semaines accompagnée d'un état général grave, et être suivie de mort. Les malades peuvent guérir même dans ces cas graves.

2° D'autres fois, la température peut *tomber* soit progressivement à la normale au bout de quelques jours sans aucun traitement : la chute de la température se fait en général lentement et la courbe descend peu à peu à 37° ; les lésions tendent à se circonscrire, à évoluer comme une inflammation

vulgaire et à se terminer le plus souvent par résolution (voy. tracé XI) ; soit brusquement dans des cas exceptionnels ou après curettage ; soit enfin à la suite d'une complication : on voit quelquefois, vers le 7e-8e jour de l'infection, apparaître près de l'utérus une tuméfaction douloureuse au palper. Son apparition est de bon augure, elle semble annoncer que l'affection se localise et perd sa tendance à la généralisation. En



Tracé XI. — Infection non traitée. Guérison.

même temps, la fièvre tombe. Cette tumeur peut finir par la résolution, mais elle peut aussi, dans des cas plus graves et plus rares, finir par la suppuration. La fièvre prend alors le type continu avec légères exaspérations vespérales, le thermomètre monte dès le début à 39° et même à 40°, et puis le lendemain ou les jours suivants oscille autour de 39° pour descendre progressivement vers le 10e ou le 12e jour en se rapprochant de la normale.

3° Enfin la courbe thermique peut être *modifiée par le traitement*, qui a été magistralement établi par M. le professeur

Pinard (1), dont voici les principales indications : « A la première élévation thermique, chez une nouvelle accouchée, donner une injection intra-utérine (10-12 litres). Si la température suivante est normale, on s'en tient à cette première injection. Si la température suivante ne monte pas au-dessus de 38°, le pouls étant 120, *cureller* quand le 3e jour est accompli ». D'après cet auteur aucun curettage ne doit être fait, si la date de l'accouchement est récente (au moins 3 jours) ou si l'on se trouve au delà du 3e jour de fièvre.

Actuellement, presque tous les accoucheurs sont partisans du traitement de l'infection utérine par le curettage. La pratique de notre maître, le Dr Champetier de Ribes, peu différente de celle de M. le professeur Pinard, est absolument probante : tout en tenant un grand compte de la température, il rattache à l'état général et local (agitation, céphalée, frissons, gros utérus, etc.) une importance toute aussi capitale. Sa technique comporte plusieurs temps :

1° Antisepsie ;

2° Chloroformisation, qui n'est pas indispensable ;

3° Curettage avec la curette mousse (modèle Champetier de Ribes) ;

4° Badigeonnage de l'utérus à la teinture d'iode ;

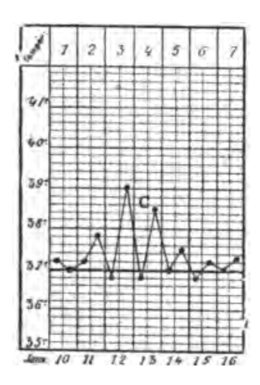
5° Pansement intra-utérin à la gaze iodoformée. Les jours suivants, on retire la gaze 30 heures après le curettage, si la température est tombée à la normale ; ou bien, on renouvelle le pansement au bout de 24 heures si la fièvre persiste le lendemain du curettage.

Grâce à cette pratique, et surtout par le badigeonnage à la teinture d'iode, qui stérilise en quelque sorte la cavité utérine, on n'observe plus, après le curettage, de frissons, ni les courbes thermiques continuant à osciller les jours suivants. La chute de la température se fait en général 10 heures après le curettage.

En contrôlant les feuilles de température des diverses

(1) PINARD et WALLICH, 1896, *loc. cit.*

femmes que nous avons curettées depuis le 1er mars, l'on voit facilement que, dans le curettage précoce (1re élévation thermique), la chute de la température se fait rapidement ; que, dans le curettage au delà de 48 heures, la température descend progressivement ; et que, dans le curettage tardif (3e jour et au delà), la température tend à persister et qu'une complication peut apparaître. Nous pouvons donc diviser le curettage,



TRACÉ XII. — Chute brusque et définitive du pouls et de la température. (Pinard et Wallich.)

au point de vue de ses suites, en curettage *utile*, *favorable* et *inutile*.

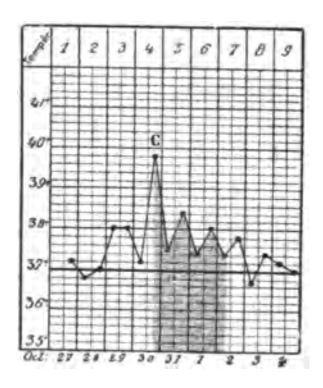
En examinant ces mêmes feuilles de température, nous avons presque toujours trouvé les mêmes tracés, et la température après le curettage peut être ramenée à trois types, dont nous empruntons la description à Pinard et Wallich (1) :

1° *Chute brusque* et *définitive* de la température et du pouls à la normale (30 p. 100).

2° *Chute progressive* (28 p. 100) : la température et le pouls restent élevés, mais ne remontent pas au-dessus du point atteint avant le curettage ; la chute se fait en 2, 3, 4, 5, 6 jours.

(1) PINARD et WALLICH, *loc. cit.*, 1896.

3° *Réascension* de la température et du pouls. La température prend le type ascendant ; elle peut être précoce (24 heures après le curettage), ou tardive (quelques jours après). Brusque ou progressive, l'ascension dépasse le point atteint avant l'opération ; elle témoigne d'une réinfection ou d'une désinfection imparfaite. En ce cas, Pinard se demande si le curettage est suffisant, et il pratique une deuxième opération. Cette réascension elle-même peut descendre brusquement, ou pro-



TRACÉ XIII. — Chute progressive de la température et du pouls. (Pinard et Wallich.)

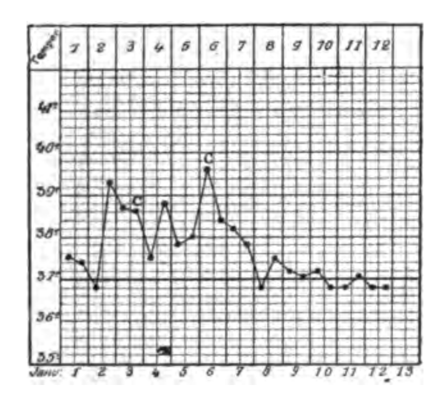
gressivement ; dans d'autres circonstances, quelle que soit l'intervention locale, la température monte jusqu'à la mort (voy. tracés XII, XIII, XIV).

Le *pouls* dans l'infection utérine est très important à connaître. On peut observer plusieurs cas : 1° Le pouls normal avant l'ascension thermique apparaît avec la fièvre, suit généralement la température dans sa marche et s'élève à 90, 100 et 120 pulsations, suivant la hauteur de la courbe thermique. Il présente son maximum au moment des frissons ; 2° dans certains cas, il y a dissociation entre la température et le pouls, ce dernier étant rapide par rapport à la hauteur de la température. On peut observer, par exemple, une température de 38° avec 120 pulsations ; 3° enfin, on peut voir la fréquence du

pouls précéder tous les autres accidents, même l'élévation thermique (voy. tracé XVI).

Diagnostic clinique : élévation de la température et fréquence du pouls chez une nouvelle accouchée, vers le 2e ou 3e jour, sont les deux principaux signes qui font penser à l'infection utérine.

Si l'on examine la malade, l'on trouve comme *symptômes généraux* apparaissant le soir ou l'après-midi, la céphalée

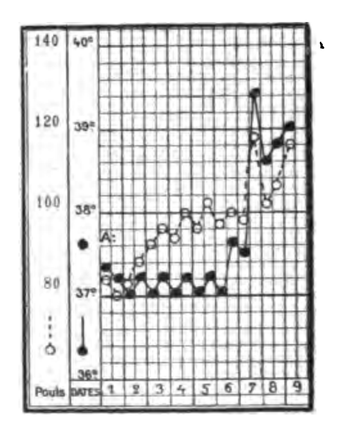


TRACÉ XIV. — Réascension suivie de chute progressive.
(Pinard et Wallich)

presque constante, une douleur lombaire, une dyspnée (dyspnée toxique) quelquefois, que rien n'explique ; langue humide et rosée au début, sèche plus tard ; enfin un grand frisson unique semblable à celui des fièvres intermittentes, ou bien des petits frissons répétés. A l'*examen local* on constate un utérus volumineux, mou, pâteux, douloureux à la pression, surtout au niveau des cornes ; des lochies fétides et décolorées (couleur chocolat). Le col utérin est perméable après le 3e jour, les seins sont remplis de lait. Dans les commémoratifs on peut trouver l'absence de soins préalables, œuf ouvert, rupture prématurée des membranes, hémorrhagies (qui créent un terrain favorable à l'infection), travail prolongé (qui favorise l'infection), enfin membranes incomplètes,

manœuvres obstétricales, etc. L'*évolution* est variable, et si on temporise sans intervenir, on peut voir soit : 1° survenir des complications du côté de l'utérus ou des annexes, et tous les accidents ultérieurs sont subordonnés à l'évolution de la complication elle-même ; 2° rien d'apparent, et la malade entre en pleine fièvre puerpérale ; 3° soit, enfin, la guérison qui se fait sans accidents.

Valeur séméiologique et pronostique :



TRACÉ XV. — Infection utérine.
(Pouls précédant l'élévation thermique.)

1° Fièvre qui s'élève progressivement au 3e jour, accompagnée de frissons et de fréquence du pouls, doit toujours faire penser à une affection utérine.

2° La fréquence du pouls (en dehors des autres causes : hémorrhagie, nervosisme) a une signification importante qui indique une affection sérieuse.

3° Fréquence du pouls qui précède les autres accidents, même l'élévation thermique, doit faire craindre l'apparition d'accidents ultérieurs du côté de l'utérus.

8° **Phlébite.** — Quoique la phlébite soit un accident tardif des suites de couches, elle présente cependant une phase initiale préphlébitique, pouvant s'accompagner de modifications

du pouls et de la température et apparaissant dès le début, dans les 10 à 15 premiers jours. Ces modifications peuvent avoir la valeur de véritables symptômes précurseurs.

Siredey (1), Widal (2) insistent sur les élévations de *température* que présente la phlébite dans les premiers jours des suites de couches. Il y a eu, dès ces premiers jours, une réaction générale, si légère qu'elle soit, qui a témoigné de la présence d'infection. Cette température après le 3ᵉ jour oscille au-dessous de 38°, dépassant rarement ce chiffre, dure quelques jours et tombe à la normale. Puis, au moment où la phlébite apparaît, il y a une élévation de température plus ou moins considérable, qui se produit toujours brusquement. Parfois, ne dépasse pas 38° ou 38°,5 et se maintient au-dessus de la normale avec des rémissions matinales pendant 2, 3, 4, 5 jours, puis descend à la normale.

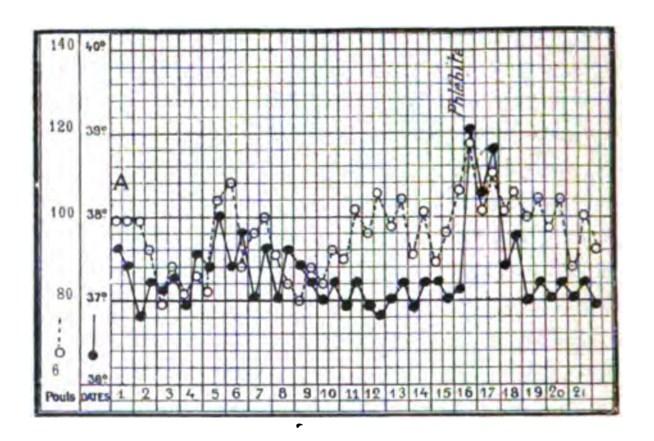
Il y a cependant des cas où la période préphlébitique est apyrétique, comme le prouvent les observations de Funck-Brentano (3).

Quelquefois, la température qui était tombée à la normale subit une nouvelle élévation : alors, les signes analogues à ceux qui ont précédé la phlébite apparaissent dans le membre sain, et ils annoncent la phlébite double. Le POULS, de même que la température, prend une allure anormale ; dès le commencement des suites de couches, il est fréquent, et sa courbe est irrégulière. Il peut : 1° soit osciller comme la courbe thermique et parallèlement à la fièvre ; 2° soit, au contraire, prendre un aspect particulier : vers le 5ᵉ ou 6ᵉ jour, le pouls se met à monter et oscille aux environs de 80 et 90° ; quelques jours après, la température monte et atteint le pouls. Ce pouls précurseur de la fièvre a une grande importance, car il permet de prévoir, jusqu'à un certain point, l'éclosion d'un accident tardif, c'est-à-dire la phlébite (voy. tracé XVI).

(1) SIREDEY, *loc. cit.*, 1884.
(2) WIDAL, Thèse de Paris, 1889.
(3) FUNCK-BRENTANO, De la phlegmatia alba dolens puerpérale. *Rev. pratique d'obst. et de pédiatrie*, août 1900, p. 240, tracé IX.

Cette rapidité du pouls qui précède la fièvre ne doit pas être confondue avec les autres élévations des suites de couches : hémorrhagies de la délivrance, où la température est normale et où le pouls seul est rapide. Là, au lieu qu'il persiste et s'élève progressivement, il tombe à la normale au bout de quelques jours (voy. tracé IV).

Dans la rupture prématurée des membranes, on peut voir dans les suites de couches une dissociation du pouls et de la



TRACÉ XVI. — Phlébite. Période préphlébitique.

température : dans les 2 ou 3 jours après la rupture des membranes, le pouls s'élève et, dans son ensemble, la marche du pouls forme une ligne presque horizontale (voy. tracé V).

Le *diagnostic clinique* de la période préphlébitique a été particulièrement étudié par Pinard, Widal. A part les oscillations thermiques pendant les 10 à 15 jours des suites de couches, on observe des signes précurseurs : lourdeur et impotence d'un des membres inférieurs ; quelquefois un point de côté vers le 12e ou le 15e jour, symptôme tardif et de grande valeur ; quelques malaises ; douleurs plus ou moins vives dans l'épaule ; dyspnée ; crachats hémoptoïques ; pas ou peu de symptômes thoraciques (phlébite à début pulmonaire). Tous

ces symptômes doivent faire prévoir la phlébite qui apparaît après la 1re semaine ; quelquefois dans la 2e semaine, le plus souvent dans la 3e semaine des suites de couches. La courbe thermique et du pouls de la période préphlébitique peut être confondue avec celle que présentent les escarres où on voit les mêmes oscillations légères ; mais, en examinant les voies génitales, on constate l'existence de lésions spéciales.

9° **Infection généralisée (septicémie puerpérale).** — On peut grouper dans ce chapitre ce qu'on décrivait autrefois sous le nom de fièvre puerpérale. Ce sont les formes graves (forme septicémique, forme pyohémique, etc.) de l'infection puerpérale, qui envahissent presque instantanément la totalité de l'appareil primitivement atteint, et tendent à la diffusion dans tout l'organisme. La mort est la terminaison la plus habituelle de ces cas. Dans la forme septicémique, l'infection se fait d'emblée ; les agents pathogènes pénètrent immédiatement dans les sinus utérins et dans le torrent circulatoire. Dans la forme pyohémique, la généralisation est secondaire : il y a primitivement infection utérine ; de là, des embolies septiques sont lancées dans la circulation et l'infection sanguine se fait par poussées successives. A chaque poussée, il y a un frisson, avec élévation de température.

Ces formes, fréquentes autrefois, sont devenues plus rares depuis l'antisepsie.

La *température* dans ces formes graves débute de plusieurs façons : 1° *début précoce* de la fièvre : le thermomètre monte dès le lendemain ou le surlendemain ; quelquefois le jour même de l'accouchement, la température monte d'emblée à 39°,5, 40°, quelquefois 41°. Rémissions matinales insignifiantes. Elle oscille autour de 40°, dure de 5 à 15 jours et les femmes meurent en général. Variations brusques de la température, tel est le caractère de cette forme ; 2° *début tardif* : dans les premiers jours des suites de couches, au milieu d'une santé relativement bonne, la température oscille entre 37°,5 et 37°,9. Vers le 9e ou 10e jour apparaît un frisson intense, véritable accès de fièvre intermittente, qui annonce

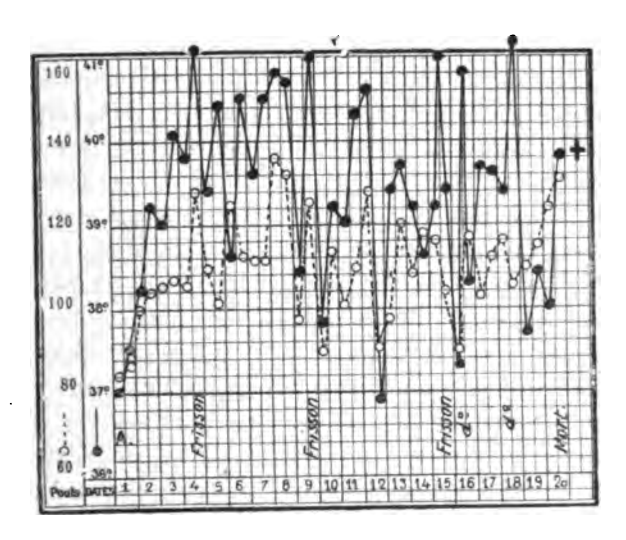
le début de la maladie et qui dure de un quart à une demi-heure. La température monte à 40° ou 41°, le pouls est à 120 ou 130; le frisson terminé, la température s'abaisse à 37° et, après une rémission de quelques heures ou de quelques jours, un nouvel accès apparaît. Puis, 6 à 10 heures après, la température monte dans les environs de 39°, avec légère ascension vespérale. Au bout de 2 à 3 jours, survient un nouveau frisson violent, pendant lequel le thermomètre remonte à 40° ou 41°. Ce frisson est suivi des mêmes oscillations de température, jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée fébrile se reproduise. La série des frissons se succède irrégulièrement. On peut en observer plusieurs, soit dans la même journée, soit à des distances de 2 à 3 jours. Ces accès, remarquables par leur répétition et leur irrégularité, constituent un type particulier (Tarnier et Budin).

Le *pouls* s'accélère et persiste. Il débute à 120 ou 140 et peut dépasser 160 dans les derniers moments. D'une façon générale, le pouls suit la température, s'élève au moment des frissons à 120 ou 130 et diminue dans l'intervalle (voy. tracé XVII).

En présence de ces faits, le DIAGNOSTIC s'impose ; on est en pleine fièvre puerpérale. Le caractère important de ces formes est le début brusque et précoce : quelquefois dès les premières heures des suites de couches et toujours dans les premiers jours de l'accouchement. La marche est très rapide, dans certains cas ; plus lente dans d'autres variétés. L'état général s'a.grave dès le début, caractéristique des infections profondes : facies terreux, dyspnée, collapsus et mort. A l'examen local, on ne trouve souvent rien.

Dans la forme à début tardif, les accidents se montrent vers le 5e ou le 6e jour, quelquefois plus tard (2e ou 3e semaine après l'accouchement). Dès les premiers jours, on observe une série de prodromes, une irrégularité dans l'évolution des suites de couches, une légère élévation thermique, insomnie, fétidité des lochies ; à la suite de ces phénomènes, apparaît le frisson. L'état général s'aggrave progressivement et res-

semble à l'infection purulente : teint terreux, langue sèche, délire quelquefois. A l'examen local, utérus gros, peu douloureux au niveau des cornes, lochies fétides, noirâtres, col perméable. La marche est lente et présente des alternatives d'aggravation et de rémissions subites. La durée peut être très longue, de 5 à 6 semaines, et peut se terminer par la mort.



Tracé XVII. — Infection généralisée.

Quelquefois elle peut se compliquer de localisations, qui peuvent imprimer au tableau clinique une allure spéciale, suivant la nature de la complication.

Conclusions. — En finissant cet exposé, l'on peut conclure de l'étude du pouls et de la température pendant la puerpéralité, qu'ils sont d'une importance capitale en pathologie obstétricale :

1° Pendant la grossesse, elle annonce l'éclosion d'un état le plus souvent infectieux et permet, par l'étude des symptômes obstétricaux ou des autres organes, de localiser l'infection même.

2° Pendant les suites de couches, son importance est encore

nelli n'auraient réduit le prolapsus que momentanément, la récidive était sûre.

Il nous fallait absolument un moyen de fixation définitive, durable, comme l'hystéropexie.

Celle-ci fut exécutée avec toutes les précautions nécessaires pour laisser libre le fond de l'utérus et prévenir, dans l'éventualité d'accouchements ultérieurs, la possibilité d'un avortement ou la nécessité d'une césarienne.

Quand toute autre intervention est contre-indiquée et que l'amputation d'un membre devient nécessaire, il est quasi absurde de se préoccuper des béquilles qu'il faudra substituer à ce membre.

Dans notre cas, le degré du prolapsus exigeait une fixation sûre et nous recourûmes à l'hystéropexie : dans des cas moins graves, nos préférences seraient pour des interventions moins importantes.

Résumant de façon synthétique la technique opératoire qui vient d'être décrite longuement, du nouveau procédé opératoire, cette technique peut être divisée dans les temps suivants :

Premier temps: laparotomie.

Second temps: incision et décollement du cul-de-sac vésico-utérin ; décollement de la base de la vessie jusqu'au ligament inter-urétérin.

Troisième temps: suture de la base de la vessie à la paroi antérieure de l'utérus.

Quatrième temps: suture du cul-de-sac péritonéal incisé en premier lieu, de façon à reconstituer le revêtement séreux du pelvis.

Cinquième temps : fixation de l'utérus par hystéropexie, ou par raccourcissement des ligaments ronds d'après le procédé Ruggi-Spinelli, suivant le degré du prolapsus et suivant les particularités du cas à traiter.

Sixième temps: suture de la plaie abdominale.

Telle est la méthode. Elle fut appliquée, à domicile, sur la malade qui y avait été soigneusement préparée, et avec la col-

laboration de mes éminents collègues, les Drs Arcelaschi, Buffet, Signorile.

Les suites opératoires furent heureuses et rapides. Il n'y eut ni complications, ni phénomènes infectieux ; la fonction de la vessie, des uretères, des reins se fit tout de suite et de façon parfaite.

La plaie abdominale guérit par première intention ; l'opérée quitta le lit le 15e jour.

Elle retourna avec empressement à sa vie ordinaire de travail dans la position debout, et aujourd'hui, 11 mois après l'opération, la réduction de l'utérus et de la vessie reste parfaite.

A quels éléments de critique faut-il soumettre ce procédé opératoire ?

Le procédé est rationnel parce que, seul entre tous et le premier entre les autres, il a pour objectif de relever cette portion de la vessie qui, seule, constitue le prolapsus.

Le péril, le danger qu'il comporte se place au moment précis où l'on suture la vessie à l'utérus, et ce danger est créé par le voisinage des uretères. Mais on possède des notions anatomiques précises et sûres qui mettent à l'abri de tout péril, qui permettent à coup sûr d'éviter les uretères, dont la lésion exposerait à des conséquences bien graves.

La laparotomie est l'opération de nécessité, non de choix, elle doit permettre de remédier au prolapsus utérin. Puis, il faut convenir que la laparotomie est, à l'heure actuelle, entrée dans le cercle des interventions communes.

Le déplacement de la base de la vessie, son insertion en un point plus élevé ne compromettent pas la fonction du *detrusor urinæ* ; n'atteint pas la perméabilité des uretères au niveau de leurs orifices et de leur trajet ; ne cause pas de stase dans les bassinets, n'altère pas la fonction des reins.

Cela résulte de l'observation anatomique, est prouvé par les études faites sur le cadavre et sur les animaux, et ressort de l'observation clinique.

Les organes ne sont ni lésés, ni mutilés, ni déformés ; l'état

pathologique est guéri sans sacrifice d'appareils et de tissus, sans altération des fonctions.

La méthode a ainsi une base scientifique, un objectif rationnel, une sanction pratique.

Au moment où je m'occupai du cas relaté plus haut, Paul Petit (de Paris) publia une méthode de cystopexie basée sur une conception heureuse et précise. Et je l'aurais appliquée de préférence si cette méthode avait reçu le baptême de la pratique, si elle n'avait pas été encore une simple conception théorique qui laissait des doutes sur les résultats de son application.

Je rappellerai que les recherches anatomiques de P. Petit ont mis en évidence dans les plans aponévrotiques de la paroi antérieure de l'abdomen, l'existence d'une aponévrose spéciale, dénommée ombilico-pelvienne, qui part de la région ombilicale et s'étend à tout le bassin. Elle résulte d'une condensation du tissu connectif prépéritonéal. Cette lame épaissie de tissu connectif part de l'ombilic, passe en avant du péritoine et de l'ouraque, descend entre les artères ombilicales et près de la vessie se dédouble en deux feuillets : l'un recouvre la région postérieure de la vessie, l'autre revêt la face antérieure de l'organe. Il en résulte que la vessie se trouve suspendue entre ces deux feuillets comme dans un hamac. Raccourcissant et fixant en haut cette aponévrose qui enveloppe et soutient la vessie, la vessie elle-même, nécessairement, se trouve soulevée. C'est là le principe opératoire du procédé de P. Petit.

La technique opératoire se réduit à décoller cette aponévrose des plans qui la recouvrent et du péritoine sous-jacent.

Isolée, on la ramasse en un cordon qui contient dans son épaisseur l'ouraque ; ce cordon est attiré en haut, raccourci et fixé par des anses de catgut aux tissus qui sont à ses côtés.

J'ai beaucoup étudié sur le cadavre l'application de ce procédé vraiment heureux. Voici les conclusions auxquelles ont abouti ces recherches nombreuses :

Chez les femmes très grasses et chez les sujets très émaciés, il est difficile de différencier l'aponévrose ombilico-pelvienne, et la décoller est une tâche laborieuse, impossible même.

Quand on la raccourcit et qu'on la fixe ensuite en haut, l'effet s'exerce principalement sur les parois antérieure et postérieure de la vessie ; et peu sur la base de l'organe qui est pourtant la vraie région constituante du prolapsus. L'action de traction, d'attraction s'exerce sur des tissus élastiques au moyen d'un cordon en grande partie élastique. Il est permis, dans ces conditions, d'appréhender que la réduction de la cystocèle ne soit que passagère, que la récidive ne soit probable. Quoi qu'il en soit, dans des cas convenablement choisis, l'opération de Petit pourra fournir de bons résultats ; elle mérite d'être longuement expérimentée en pratique. L. Tait a imaginé un procédé qui s'identifie avec celui de Petit : il en diffère en ceci qu'il ne décolle pas l'aponévrose du péritoine. Il les incise simultanément et les rassemble avec l'ouraque en un cordon médian, qui effectue le soulèvement de la vessie. Ce procédé de Tait est d'une exécution plus facile, plus rapide, plus sûre. Le point contestable, faible de l'un et de l'autre, est le suivant : leur exécution exige l'ouverture des deux gaines des muscles droits et la formation d'un cordon fibreux, cicatriciel, de structure anormale dans la région médiane de l'abdomen, où doit exister la ligne blanche.

Or, si l'on se souvient que la ligne blanche formée par l'intrication de toutes les aponévroses de la paroi antérieure de l'abdomen est la clef de voûte de cette paroi, on reconnaîtra que le sacrifice de cette région est chose sérieuse. Tous les efforts de la masse musculaire s'exercent sur la ligne blanche ; lorsque cette clef de voûte est sacrifiée, on conçoit aisément la facilité d'éventrations post-opératoires de degré assez grave.

Profondément, sur le péritoine, on n'a plus une surface lisse, revêtue d'épithélium, mais un cordon médian de cicatrice, traversé par des points de suture, lequel expose à des

adhérences entre l'intestin, l'épiploon et la paroi antérieure de l'abdomen.

Par nécessité d'exposition et de temps, j'ai dû exposer de façon synthétique des méthodes opératoires qui, par leur nature, auraient demandé une étude analytique et précise. Dans le travail qui sera complet, je comblerai cette lacune en exposant dans un appendice la méthode de cystopexie qui m'appartient, et les autres méthodes rappelées, avec tout le soin analytique que mérite leur étude.

Alors que la communication précédente avait été déjà discutée en séance à l'*Associazione Sanitaria Milanese*, parut, dans le numéro du 14 décembre de la *semaine médicale*, le résumé d'un procédé de cystopexie proposée par le D[r] Westermark. Voici la traduction littérale de ce résumé :

La muqueuse vaginale est incisée transversalement, au niveau de son insertion sur la lèvre antérieure du col utérin ; la vessie est décollée et le cul-de-sac péritonéal ouvert. On fait alors, sur la paroi antérieure du vagin, une seconde incision perpendiculaire à la première ; les deux lambeaux triangulaires qui en résultent sont disséqués de façon à libérer la face inférieure de la vessie. Le fond de l'utérus est ensuite attiré dans la plaie ; sur le sommet de sa face postérieure, on fixe par quelques points de suture la face inférieure de la vessie. Puis, les lambeaux vaginaux sont arrondis et suturés entre eux, ainsi qu'à la lèvre postérieure de l'incision primitive. Par l'élasticité naturelle de ses ligaments, l'utérus tend à se mettre en rétroflexion, position qu'il occupe souvent avant l'opération ; la vessie se trouve ainsi attirée en haut et en arrière et n'a plus de tendance à prolaber. En cas de besoin, une périnéorraphie compléterait l'intervention.

Ce procédé n'est, bien entendu, de mise que chez les femmes ayant dépassé la ménopause. »

Le défaut de temps m'a mis dans l'impossibilité de combler le texte original de la description de ce procédé opératoire.

Mais, m'en tenant au résumé que je viens de reproduire,

voyons tout de suite comment les idées directrices qui ont guidé l'auteur s'identifient avec celles qui m'ont conduit à édifier la méthode que j'ai imaginée.

Ce chirurgien s'adresse, lui aussi, à la base de la vessie, il lui cherche un point d'appui sur l'utérus, il s'applique à la soulever et à l'étendre en la fixant en un point plus élevé. On peut dire que les objectifs opératoires des deux méthodes sont quasi identiques, que le mien poursuit par la voie abdominale ce à quoi l'autre vise par la voie vaginale.

Mais avec cette similitude des idées directrices existe une dissemblance très marquée dans les deux techniques opératoires destinées à les réaliser. La méthode de Westermak est déjà passible d'une première objection : elle n'est applicable que chez les femmes entrées dans la période de la ménopause. Ce caractère exceptionnel est affirmé et accepté par l'auteur et inhérent aux particularités de la méthode elle-même, en sorte que toute discussion sur ce point reste inutile. D'autre part, la technique du procédé de Westermak est très discutable. Les manœuvres spéciales à travers le vagin, qui sont nécessaires pour effectuer le décollement de la base de la vessie, ne laissent pas la certitude absolue d'éviter les lésions des uretères, parce qu'elles s'exécutent précisément au point où les uretères cheminent, point où ces canaux peuvent, par défaut de contrôle, être atteints par le fer du chirurgien.

L'auteur fixe la base de la vessie à la partie la plus élevée de la paroi postérieure de l'utérus, c'est-à-dire qu'il porte la base de la vessie sur le fond de l'utérus, il déclare que l'élasticité des ligaments utérins tend à placer l'utérus en rétroflexion, et que, par ce mécanisme, elle maintient la vessie soulevée. Il ajoute que la rétroflexion est une position fréquemment prise par l'utérus.

Le plan directeur de l'opération repose complètement et exclusivement sur cette présomption. Tout de suite, disons que cette présomption nous paraît médiocrement fondée. Physiologiquement, l'utérus est en antéversion ; par suite, en général, on le trouvera plus souvent fléchi en avant qu'en

arrière ; la rétroflexion constituera une large exception si l'on veut, mais elle ne sera ni la condition essentielle ni la condition constante dans tous les cas. Et quand l'utérus sera en rétroflexion, lorsque la vessie aura été fixée, cette position de rétroflexion aura tendance à disparaître parce que, sous l'influence d'une loi constante, la vessie tendra à s'abaisser et, secondée par le poids de l'urine, à la porter en avant : il y aura cure de la rétroflexion, mais récidive certaine de la cystocèle.

Ensuite, il est bon de rappeler que la cystocèle existe en général non avec une rétroflexion, mais avec un prolapsus de l'utérus ; utérus mobile et libre dans tous les sens qui tend à s'abaisser et à sortir des organes génitaux, et qui, par suite, ne saurait être utilisé pour assurer une base de soutien à la vessie et pour réduire la cystocèle.

L'élasticité des ligaments de l'utérus ne doit pas être prise en considération ; quand elle s'exercera, elle tendra, par loi physiologique, à ramener l'utérus en situation normale, laquelle est en avant et non en arrière, la rétrodéviation étant une situation pathologique. Et quand l'utérus est en rétroversion, comme c'est la règle, il y est amené par des lésions morbides qui ont altéré non seulement l'utérus, mais aussi le tissu de ses ligaments détruisant et abolissant en eux toute action d'élasticité.

Le relèvement de la vessie espéré par l'auteur est basé sur une présomption, et non sur un fait vrai, mais, alors même que la condition admise serait réalisée, il en résulterait une traction trop forte de l'urèthre et de toute la vessie, de nature à troubler, très certainement, le fonctionnement normal de cet organe en annihilant l'action du *detrusor urinæ* et des sphincters vésicaux.

APPENDICE

Pour remplir la tâche que nous nous sommes tracée, nous

décrirons de façon détaillée les méthodes diverses de cystopexie proposées et appliquées jusqu'à ce jour.

Nous soumettrons cette exposition au critérium chronologique, ce qui permettra de mettre en relief les progrès de technique, d'application et d'interprétation dont ces diverses méthodes ont bénéficié avec le temps.

Pour plus de fidélité, nous avons utilisé dans l'indication de ces méthodes, toutes les fois que nous l'avons pu, les descriptions faites par les auteurs, et nous avons marqué, dans la bibliographie, les sources originales auxquelles nous avons emprunté les descriptions reproduites par nous. Notre intention est de ne signaler que les méthodes de cystopexie appliquées par voie sus-pubienne.

Méthode de Byford. — Byford a décrit et pratiqué un procédé opératoire nouveau pour la cure de la cystocèle. Il propose de la traiter comme acte complémentaire de l'Alexander : utiliser l'incision de l'Alexander, l'approfondir de façon à pénétrer dans le tissu cellulaire et suturer le vagin à ce niveau. Byford incise le canal inguinal jusqu'au tissu cellulaire rétro-pubien (cavité de Retzius), sépare ce tissu du pubis et s'assure par le palper bimanuel de la situation des uretères. Il passe alors, de haut en bas, une aiguille armée d'un fil de florence à travers la paroi vaginale dans le cul-de-sac latéral gauche. L'aiguille est ensuite ramenée de bas en haut à travers le vagin à une distance d'un quart de pouce de son point d'entrée et ressort par l'incision inguinale. On a ainsi une anse de crin comprenant une petite portion de la paroi antérieure du vagin. Par un autre point de suture, on prend un appui solide dans le tissu cellulaire. Les fils sont alors tendus et noués sur le canal inguinal, ils ferment l'incision de sa paroi postérieure.

De ce fait, la paroi vaginale est attirée vers le milieu du corps du pubis, la vessie est soulevée et l'on répète l'opération du côté opposé.

Suivant Byford, il importe de prendre dans les fils une partie de la muqueuse du vagin dans laquelle les fils se perdent

et s'enfouissent peu à peu, ce qui augmente l'union. Mais il faut bien prendre garde, quand on opère des deux côtés, de ne pas se rapprocher de l'urèthre de peur de réduire son calibre. Il faut également bien veiller à ne pas saisir l'uretère.

Byford a pratiqué cette opération deux fois. Une première fois, elle échoua ; il attribua l'échec à l'insuffisance de la technique. La seconde fois, elle réussit, bien qu'il n'eût été fait qu'une seule suture, à gauche. Mais ce cas n'est pas très concluant.

Il s'agissait d'une femme à laquelle on avait pratiqué l'hystérectomie ; en outre, dans la même séance, Byford fit l'élytrorraphie double et la colpopérinéorraphie (procédé de Martin). Or, il est extrêmement probable que cette dernière opération, par elle seule, était capable d'assurer le résultat. Quoi qu'il en soit, il est impossible de préciser quelle part revient dans le succès à la cystopexie.

E.-T. Byford donne à son opération le nom de colpo-cystorraphie, qui me paraît très impropre ; car, si l'opération soulève la vessie, elle ne la suture pas au vagin, mais à la paroi abdominale. La dénomination de laparo ou de gastro-colpopexie mérite donc d'être adoptée.

Vlacos, Dumoret, après avoir découvert la vessie par la laparotomie, la fixent à la paroi antérieure ; mais, tandis que Vlacos suture en une fois la musculeuse et la séreuse vésicale au péritoine pariétal, Dumoret fixe surtout le péritoine vésical. Dans les deux cas, il s'agit d'une cystopexie antérieure intrapéritonéale.

Tuffier, au contraire, fait une cystopexie abdominale extrapéritonéale ; il fait l'incision de la taille hypogastrique au niveau de la cavité de Retzius et suture la vessie à droite et à gauche.

*
* *

Laroyenne (Lyon). Du traitement du prolapsus génital par la suspension de l'utérus et de la vessie à la paroi abdominale. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1900, t. LIV, p. 366.

F. Kiriac (Bucharest). *Ibidem*, p. 370.

Paul Petit. Cystopexie indirecte par raccourcissement de l'aponévrose ombilico-pelvienne. *Ibid.*, p. 372.

Chiaventone. — La méthode imaginée par l'auteur et déjà appliquée dans la pratique se réduit à la technique suivante : toutes les conditions requises pour l'asepsie étant réalisées et la malade ayant été préparée comme pour une laparotomie ordinaire, la femme est mise en position de Trendelenburg. Le ventre ouvert par une incision étendue du pubis à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, l'utérus est fixé et attiré en haut à l'aide d'une pince à griffes. A l'aide de deux pinces, le repli séreux vésico-utérin est soulevé en un pli et incisé suivant ce pli. Divisée ainsi en deux feuillets, la séreuse est décollée, d'une part, de la face antérieure de l'utérus et, d'autre part, de la face postérieure de la vessie.

Avec le doigt, la base de la vessie est décollée des organes sous-jacents (col de l'utérus et vagin, auxquels elle est fixée par du tissu connectif lâche) jusqu'au point où le tissu connectif lâche fait suite à un tissu compact suivant une ligne de démarcation qui correspond exactement au ligament inter-uretérin.

La base de la vessie est fixée à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus du cul-de-sac vaginal antérieur, par trois points de suture à la soie, conduits suivant une seule ligne transversale, celle-ci ne dépassant pas 2 centimètres et demi. Cette ligne de suture doit s'éloigner, d'au moins de 3 millimètres, de la ligne de démarcation entre le tissu connectif lâche et le compact, pour ne pas toucher avec les aiguilles le ligament inter-uretérin et courir le risque de saisir dans les sutures l'un ou l'autre uretère. La base de la vessie étant fixée à la paroi de l'utérus, on procède à la réfection du revêtement séreux pelvien, en réunissant par une suture continue les deux feuillets formés par l'incision du cul-de-sac vésico-utérin.

La cystocèle réparée, on procède à la réduction du prolapsus utérin, soit par l'hystéropexie, soit par le raccourcisse-

ment des ligaments ronds, ou par le procédé Ruggi-Spinelli suivant le degré du prolapsus et les particularités qui l'accompagnent. On procède ensuite à la toilette du péritoine.

La plaie abdominale est réunie par une suture à trois étages, à points séparés.

La méthode, longuement étudiée sur le cadavre et sur les animaux, a été appliquée une fois sur la femme vivante et a fourni un résultat satisfaisant.

*
* *

Méthode de Ruggi-Spinelli. — Il ne me paraît pas inutile de décrire dans cet appendice le procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds de Ruggi et de Spinelli, procédé qui vise à la cure du prolapsus de l'utérus, et qui a été plusieurs fois rappelé et discuté dans ma communication.

Le principe de toute bonne opération contre le prolapsus, écrit Spinelli, peut être formulé comme suit : « fixer l'utérus solidement et en haut à la paroi abdominale, en lui conservant dans certaines limites ses mouvements, sans sacrifier des organes encore en conditions physiologiques ; éviter en même temps la production d'une cystocèle vaginale » ; en un mot « se rapprocher, le plus possible, des conditions naturelles, de façon à ne pas troubler l'utérus dans sa fonction d'organe gestateur ».

Partant de cette conception opératoire directrice, j'étudiai un procédé opératoire que j'exécutai d'abord sur le cadavre, que je pratiquai ensuite sur le vivant, dans le premier cas de prolapsus de l'utérus qui se présenta à moi (février 1893). Voici, en résumé, la description de ce procédé : les précautions ordinaires d'asepsie étant prises, l'utérus ayant été réduit et le vagin tamponné à fond avec de la gaze iodoformée, on procède à la *laparotomie*.

1er TEMPS : *découverte des ligaments ronds et suture des feuillets des ligaments larges sectionnés.*

Le ventre ouvert, on saisit l'utérus et on l'attire en haut. On le traverse avec une aiguille armée d'un fil de soie n° 4, assez long, qu'on noue et qui est confiée à un assistant qui a la mission de soulever l'utérus.

Cela fait, le chirurgien suit du doigt, de la corne utérine gauche le ligament rond correspondant jusqu'à son entrée dans l'orifice inguinal interne : à ce niveau, il embrasse le ligament dans un fil conduit avec l'aiguille de Deschamps à travers la plicature séreuse qui l'enveloppe. Ce fil, qui doit être suffisamment long, ayant été serré, on coupe au ciseau le ligament rond. On pince ensuite l'extrémité périphérique du bout supérieur du ligament rond et, avec des ciseaux courbes, on taille au-dessous du ligament rond un pli du ligament large, jusqu'à son insertion utérine.

Un des chefs du fil long, serré sur le bout inférieur du ligament rond, à l'orifice interne du canal inguinal, est enfilé dans une aiguille de Hagedorn courte et courbe, et sert à faire un surjet qui réunit les deux feuillets du ligament large divisés pour libérer le ligament rond.

Même manœuvre du côté opposé. Cela fait, le chirurgien est en possession de deux ligaments ronds, pourvus d'un repli de la séreuse péritonéale, et qui, sous forme de deux brides résistantes, s'attachent aux côtés du fond de l'utérus.

2e TEMPS : *formation du pédoncule à l'aide des ligaments ronds réunis et suturés sur la face antérieure de l'utérus et entre eux.*

Les ligaments ronds étant repliés comme des bras croisés sur la face antérieure de l'utérus, on les suture avec un fil de soie, très mince, n° 1 ; le surjet embrasse le bord supérieur du ligament rond, le péritoine viscéral et la couche superfi-

cielle du muscle utérin. Les deux ligaments ronds réunis et suturés forment un pédoncule unique et central qui part du milieu de la paroi antérieure de l'utérus, au niveau à peu près de la ligne qui sépare le fond du corps de l'organe.

3e TEMPS : *fixation du pédoncule à la paroi abdominale. Pendant ce temps l'opérateur attire l'utérus en haut tandis que l'assistant retire le tampon vaginal.*

Cette manœuvre est d'une grande importance. Il faut, en effet, établir à quelle hauteur sur la paroi abdominale doit être fixé le pédoncule, en d'autres termes, voir jusqu'à quelle hauteur l'utérus doit être amené pour que le vagin soit rentré en totalité et même tendu. Ce point établi, l'assistant pratique de nouveau le tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée, tandis que l'opérateur commence à fixer de la façon suivante l'utérus à la paroi abdominale.

Si, lorsqu'on a incisé la paroi abdominale, on a eu soin de laisser intacte cette paroi de 4 à 5 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, on peut alors fixer le pédoncule à l'angle inférieur de la plaie. Si, au contraire, on a incisé trop près de la symphyse, ou même si, malgré la hauteur de l'angle inférieur de l'incision, on a reconnu qu'il était nécessaire de fixer le pédoncule encore plus haut, il faut alors, avant tout, réunir solidement cette partie de l'incision abdominale, qui doit fournir le point d'appui du pédoncule ; la suture sera à trois étages superposés, péritonéale, musculo-membraneuse et cutanée, avec des points de renfort à l'extrémité qui représentera le nouvel angle inférieur de la plaie, sur lequel doit être inséré le pédoncule.

On entoure le pédoncule constitué par la réunion des ligaments ronds, avec le péritoine pariétal, qu'on coud autour par quatre points périphériques, qui passent à peu près par le milieu du pédoncule. On procède ensuite à la suture du péritoine sur toute la hauteur de la plaie. Pour cette suture, comme pour celle du stratum musculo-aponévrotique, je

suis la technique suivante que j'ai déjà décrite dans d'autres publications de chirurgie abdominale.

Je fais deux surjets, l'un ascendant, l'autre descendant, pour éviter les ennuis et les difficultés qu'on subit, surtout dans les cas de parois abdominales épaisses, en passant les derniers points dans l'angle extrême de la plaie péritonéale lorsqu'on ne fait qu'un surjet : les deux sutures se rencontrent vers le milieu de la plaie et les deux chefs de fil sont noués.

La cavité péritonéale ainsi fermée, on suture le pédoncule au stratum musculo-aponévrotique. Inutile de dire que, durant la suture péritonéale, un assistant soutient le pédoncule avec une pince à large mors. Le stratum musculo-aponévrotique est suturé tout autour du pédoncule par quatre ligatures ; après quoi, on passe à la suture de l'incision, exécutée suivant la même technique que la suture de l'incision péritonéale.

Reste à suturer le stratum cellulo-cutané, tout en fixant dans le tissu cellulaire l'extrémité du pédoncule. Lorsque le pédoncule est trop long, on le sectionne au ras de la peau, sa rétractilité naturelle l'entraînant un peu au-dessous du niveau de celle-ci. D'ordinaire, je réunis la peau par une suture en surjet. Dans le cas d'hystéropexie abdominale médiate que j'ai relaté, j'ai fait une suture à points séparés, allant de bas en haut. Le premier point traverse le pédoncule attiré jusqu'au niveau de la peau et, de cette façon, on passe autour du pédoncule une série de points périphériques qui le fixent solidement au péritoine et au stratum musculo-aponévrotique ; un point unique le fixe au milieu du tissu cellulaire sous-cutané.

Pour abréger, je ne m'attarde pas sur les précautions post-opératoires qu'il convient de prendre à l'occasion d'une opération de cette nature, et qu'on conçoit aisément : j'ai voulu seulement décrire ce procédé d'hystéropexie médiate pour la cure des prolapsus de l'utérus et du vagin. Seulement, je tiens à ajouter que dans les cas de destruction du périnée et de prolapsus très marqué de la paroi antérieure du vagin, il

est utile de faire la colporraphie antérieure (procédé d'Hégar), et la colpo-périnéoplastie (procédé de Doléris).

Cette opération d'hystéropexie médiate est facile et rapide. Mais la grossesse est-elle compatible avec une telle fixation de l'utérus ?

Logiquement et physiologiquement, oui. Les ligaments ronds, formant pédoncule, subissent les modifications du muscle utérin pendant la gestation et sont susceptibles de s'allonger de façon à permettre à l'utérus de se développer graduellement. En outre, l'utérus conserve une certaine mobilité et, de plus, la cystocèle vaginale est évitée. La vessie peut se distendre dans l'espace qui existe entre l'utérus et la paroi abdominale et, si elle rencontre le pédoncule utéro-abdominal, elle peut, soit prendre la forme bilobée, soit se rejeter d'un seul côté.

Je conçus tout d'abord le procédé, et, avant de le mettre en pratique, j'eus l'occasion de discuter longuement de son opportunité avec mon illustre maître, le professeur Morisani, qui voulut bien m'honorer de sa présence lorsque, pour la première fois, je l'appliquai sur le vivant. Pourtant le procédé n'était pas nouveau, puisque, faisant ultérieurement des recherches touchant le traitement des déviations utérines, je trouvai que, quelques années auparavant, le chirurgien si remarquable de Bologne qu'est Ruggi avait conçu et exécuté une hystéropexie abdominale, en suivant une technique à peu près identique à la mienne ; aussi, pour cette raison et par probité scientifique, je revendique pour lui la priorité de la méthode. En outre, pour l'historique de la question, je tiens à faire connaître le procédé suivi par Ruggi. Voici la description qu'il en donne dans sa monographie « *Sulla cura endo-addominale di alcuni spostamenti uterini* ». L'opération date du 6 novembre 1887.

« ..... Ayant relevé l'utérus de façon à le bien apercevoir, et les lèvres de la plaie abdominale étant bien écartées par des écarteurs mousses, je sectionnai les ligaments ronds près de l'orifice inguinal interne. Le bout périphérique fut lié avec

du catgut et successivement suturé au péritoine avoisinant l'orifice interne du canal inguinal. Au contraire, le bout central du ligament rond incisé fut attiré entre les lèvres de la plaie abdominale. Afin de pouvoir ensuite exercer une action de bas en haut au moyen de ces ligaments, je les libérai par une incision suivant une ligne oblique de haut en bas, d'avant en arrière, et de dehors en dedans. Ainsi libérés de leur attache péritonéale, jouissant maintenant d'une action indépendante sans être privés du pli péritonéal qui les revêt plus étroitement, je procédai à des sutures soigneuses sur ces portions des ligaments ronds. Cela fait, et après toilette minutieuse du péritoine, je portai les deux ligaments ronds entre les lèvres de la plaie abdominale et les fixai solidement à l'aponévrose de la ligne blanche, les tirant de façon à exercer une action énergique sur l'utérus, qui, relevé, sortit de la situation vicieuse où il était » (1).

BIBLIOGRAPHIE

POZZI. — *Ginecologia clinica e operatoria.*

SPINELLI. — Note : *Trattato di Ginecologia Clinica e Operatoria.* Pozzi.

BYFORD. — The cure of cystocele by inguinal suspension of the bladder, colpocystorrhaphy. *Amer. Journ. of Obstet.*, Febbraio 1889, t. XXIII, p. 152.

TUFFIER. — *Bull. Soc. Chir.*, 1890, t. XVI, p. 454. — *Ann. de Gyn.*, juillet 1890.

LAROYENNE. — Congrès international des sciences médicales, Paris, 1900. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. LIV, 1900.

PAUL DELBET. — *Anatomie chirurgicale de la vessie.* Paris, 1893.

J. KIRIAC. — Le traitement du prolapsus utérin. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. LIV, 1900.

LAWSON TAIT. — Opération pour le relèvement de la vessie chez la femme, dans le prolapsus ou la cystocèle. *Brit. med. Journal*, juillet 1898.

VERSARI — Recherches sur la tunique musculaire de la vessie et spécialement sur le muscle sphincter interne. *Ann. mal. org. gén.-urin.*, t. XV.

RANNEY. — The topographical relations of the female pelvic organes. *The Amer. Journ. of obst. and dis. of women*, 1883.

(1) Traduit sur le *Mémoire original*, par le Dr LABUSQUIÈRE.

Mosso e Pellacani. — Sur les fonctions de la vessie. *Arch. it. de Biologie*, 1882.
Landi. — *L'anatomia dell' apparato urinario in rapporto colla chirurgia*, Milano, 1898.
Hart. — On the position of the female bladder. *Edinburgh med. Journ.*, 1880.
Garson. — Die Dislocations der Harnblase. *Arch. f. Anat. u. Phys. Anat.*, 1878.
Guilhaud. — *Consid. sur l'anat. phys. et la pathol. de la vessie.* Thèse de Paris, 1893.
Disse. — *Die Lage der Harnblase.* Anat. Hefte, 1891.
Cianciosi. — *Considerazioni anatomo-fisio-patologiche sulla vescica urinaria e sul canale dell' uretra.*
Barkow. — *Anat. Untersuch. ueber die Harnblase.* Breslavia, 1858.
Bardeleben. — Ueber die Lage der weiblichen Beckenorgane. *Anat. Anzeiger*, 1888.
Bouley. — *De la taille hypogastrique.* Thèse de Paris, 1883.
Veneff et Vetter. — *De la ponction de la vessie.* Bruxelles, 1874.
Paul Petit. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. LIV, 1900.
Spinelli. — *Trattato di Ginecologia clinica e operatoria del Pozzi.* Note.
« A proposito di un caso di laparo-isterectomia sopravaginale per fibromiomi multipli con affondamento del peduncolo trattato secondo il processo Zweifel, note di chirurgia abdominale. » *Riforma Medica*, N. 168-69. Napoli, Luglio, 1893.
« Contributo alla Chirurgia dei fibromiomi uterini e considerazioni sull' asepsi la parotomica. » *Giornale internazionale sulle scienze mediche.* Anno XV, Napoli, 1893. Comunicazione al Congresso Medico di Roma, Aprile 1894.
Ruggi. — Sulla cura endo-abdominale di alcuni spostamenti uterini. *Bollettino Science mediche di Bologna.* Série VI, vol. XXII, 1888.
Mangiagalli. — *Trattato di Ostetricia e Ginecologia*, vol. III, fasc. 49. 50.
Westermark. — *Semaine Médicale*, Anno 21, n° 52, 14 dicembre 1901.

REVUE CLINIQUE

UN CAS DE RÉCIDIVE DE RUPTURE UTÉRINE

Par le Dr Mikhine.

Le cas que je vais décrire se présente rarement et il est intéressant, car, les deux fois, la rupture s'est faite sous mes yeux.

Dans les traités classiques, je n'ai pas pu trouver d'indications sur les ruptures répétées de l'utérus pendant le travail. et ce n'est que dans l'article de M. Kleinwächter, de l'*Encyclopédie des sciences médicales*, que j'ai trouvé des citations sur les cas de ruptures répétées de l'utérus pendant le travail.

Ensuite, même dans les travaux spéciaux traitant de la rupture utérine, comme ceux de Klien, Dittel, Bande, Merz et la thèse de M. Alexandrov, on rencontre très peu de cas de rupture répétée, bien que M. Merz ait publié dans son travail 230 observations et M. Alexandrov 201 cas.

Rare est aussi la description de l'accouchement qui suit ces ruptures.

En dehors de l'observation de M. Stroganov, rapportée à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg en 1899, j'ai pu réunir une ou deux dizaines de cas, terminés soit par avortement ou accouchement prématuré spontanés ou artificiels, soit en partie par accouchement à terme. Les cas de grossesse et d'accouchement qui ont suivi la rupture sont décrits par beaucoup d'auteurs. Bandl, Bode provoquaient l'accouchement prématuré afin d'éviter une nouvelle rupture·

Fleischmann et Grighton, d'après Dittel, agissaient de même. Quelquefois, la grossesse a été interrompue spontanément soit par l'avortement (Freund, cité par Merz), soit par l'accouchement prématuré (Alexandrov).

Frank cite un cas d'accouchement à terme quatre ans et demi après la rupture ; Schäffer, 3 ans après ; Plenio, Bakin, avortement et ensuite accouchement à terme après une rupture interne ; Lederer, Lawrence, Mc Lean, Nepites, Fedey, ont vu des accouchements à terme après une rupture, et enfin Burger cite le cas d'une nouvelle conception le 11e jour après l'accouchement avec rupture utérine : le placenta était adhérent à l'endroit de l'ancienne déchirure et l'on dut faire une délivrance artificielle.

La même adhérence exista lors de l'accouchement ultérieur; la délivrance n'a pu être pratiquée à temps et la femme est morte.

J'ai pu recueillir dans la littérature 13 observations de rupture utérine, survenue pour la seconde fois lors d'un nouvel accouchement.

M. Battlehner a publié l'observation d'une femme qui a eu 3 ruptures consécutives et M. Rose 4 ruptures utérines chez la même femme.

Sur ces 13 femmes, ayant eu 2 ou plus de ruptures, 6 sont mortes.

Voici maintenant notre observation :

Il s'agit d'une femme de 33 ans, tisserande, réglée à 15 ans, toutes les 3 semaines pendant 7 jours, enceinte pour la sixième fois.

Premier accouchement à terme, enfant mort 6 mois après.

Deuxième accouchement. Avortement.

Troisième accouchement d'une petite fille, vivante, âgée actuellement de 5 ans.

Quatrième accouchement. Enfant mort-né, extrait par le forceps.

Cinquième accouchement. Enfant mort-né, accouchement très laborieux.

Dimensions du bassin, déterminées plus tard : D. tr., 30 ; D. cr.,

26 1/2; D. sp., 23 1/2; C. ext., 17 1/2-18; C. diag., 10 1/2; bassin généralement rétréci.

La grossesse actuelle est à terme le 19 août 1899; à 5 heures du matin, rupture de la poche des eaux, commencement des douleurs. J'ai été appelé, à 1 heure de l'après-midi, dans la salle du travail de la fabrique; douleurs peu violentes, le contact de l'abdomen et de l'utérus douloureux, je n'ai pas pu entendre les bruits du cœur du fœtus.

Présentation du sommet, le col entr'ouvert à trois travers de doigt, la tête un peu mobile dans le bassin. Pouls de la malade fréquent, le ventre sensible, et elle pousse des gémissements fréquents.

J'ai donné l'ordre à la sage-femme de me prévenir si le travail n'avance pas. A 5 heures appelé auprès de la malade, ventre ballonné, très sensible, pouls de même, la malade affaiblie et gémissant sans interruption; contractions très faibles, la sage-femme n'a pas remarqué l'arrêt brusque des contractions. L'orifice plus petit qu'avant, la tête plus haut, le promontoire est atteint facilement. En raison de toutes ces conditions, j'ai résolu de terminer l'accouchement par la version.

La malade sous chloroforme, on introduit la main droite, et, quand elle atteint les pieds, elle sent quelque chose qui rappelle les intestins et qui ne ressemble pas à la paroi ferme de l'utérus; le cordon ne battait plus, le pied est saisi, descendu, mais la version, ne se faisant pas, on fait descendre le 2e pied. Après quelques essais très prudents d'extraire la tête, on la perfore au moyen du perforateur de Blot. Après l'extraction, on fait l'examen et on trouve que l'orifice du col ainsi que les culs-de-sac sont intacts, mais à droite, à une certaine hauteur du col, le doigt entre assez profondément dans le tissu cellulaire autour de l'utérus; l'utérus se contracte bien, pas d'hémorrhagie, le pouls pas mauvais, la malade réveillée se plaint de douleurs dans le ventre, qui est ballonné. La délivrance s'est faite immédiatement après la sortie du fœtus. Le vagin est tamponné avec de la gaze stérilisée, le ventre est fortement serré par une bande; à l'aide d'une autre bande, on fait un bandage en T, en approchant l'utérus vers le pubis. 35 grammes de chloroforme.

La malade est transportée à l'hôpital, a passé la nuit assez bien, vomissement de 1 heure à 1 heure et demie; le lendemain, le

20 août, 10 heures matin, pouls 90, pas de vomissements, température 37°,5, ventre ballonné, douloureux, tampon à peine trempé de sang.

Le 20 août, le tampon est retiré, injection au sublimé, on constate, en examinant avec beaucoup de précaution, une déchirure dans la partie supérieure du col ; le 3e jour, la température est montée à 38°,3, dans les jours suivants ne dépasse pas 38°,5 ; à droite, on trouve une tumeur, rappelant plutôt un épanchement sanguin qu'un exsudat. Le 11 septembre, la malade, se sentant bien, quitte l'hôpital le 24e jour après l'accouchement.

J'ai revu la malade le 15 novembre. Extérieurement, à droite, on sent une tumeur solide et douloureuse, dépassant de trois travers de doigt le pubis ; par le toucher vaginal, on trouve l'utérus gros, sensible et ferme ; à gauche, les annexes sont augmentées de volume et quelques restes de paramétrite ; à droite, sensation de périparamétrite avec prédominance de la première.

Sur le col, en arrière, sur la ligne médiane une petite cicatrice ancienne, l'orifice du col est fermé. Les dimensions du bassin sont prises pour la première fois.

Passant maintenant à la description de l'accouchement suivant de cette malade, je ne m'arrêterai pas sur les erreurs de diagnostic et de thérapeutique que j'ai commises; je voudrais seulement attirer l'attention sur deux phénomènes : 1° absence de collapsus, le pouls restant bon aussi bien avant qu'après l'accouchement, ce qui peut s'expliquer en partie par le peu d'hémorrhagie ; et 2° ayant la sensation très nette de sentir les intestins que je ne pouvais pas confondre avec les membranes ou avec le cordon que j'ai senti ailleurs, comment alors expliquer que le fœtus soit resté dans la cavité utérine ? Je crois que la rupture n'était pas complète et que le péritoine est resté intact. Le pouls presque normal et l'absence d'hémorrhagie me troublaient fortement, malgré les autres symptômes de la déchirure.

J'avais la satisfaction de constater le même pouls, lors de la seconde déchirure avec sortie du fœtus dans la cavité abdominale.

La malade est venue me trouver le 17 octobre 1900, 14 mois après son dernier accouchement, se trouvant de nouveau enceinte de 4 ou de 4 mois et demi.

On l'a engagée de revenir bientôt, mais elle n'est venue que le 5 février 1901.

L'utérus au-dessous des fausses côtes à 4 travers de doigts, pas de présentation de parties fœtales ; à droite, une forte masse ballottante, les bruits fœtaux faibles, le col est gros ; a droite, à sa partie intérieure, on sent une cicatrice, l'orifice interne laisse passer le doigt, pas de parties fœtales, rien dans les culs-de-sac. Le terme de la grossesse était fixé pour la 1re quinzaine de mars. Est entrée à la clinique obstétricale de Saint-Pétersbourg, où le professeur Fenomenov l'a examinée et m'a conseillé l'accouchement prématuré, que j'ai commencé le 27 février à 2 heures, au moyen de la sonde de Braun (mètreurinter). A 2 heures, rupture de la poche des eaux, teintées de sang ; ouverture du col 3 heures et demie. A 4 travers de doigts, tête mobile, occipito-iliaque droite postérieure, contractions très douloureuses et fréquentes, mais avec des intervalles réguliers ; la parturiente gémit, agitée ; pouls 90, bon, assez fort. A 10 heures du soir, l'utérus très incliné à droite, sa mobilité de droite à gauche limitée, l'utérus ferme est tendu et se divise en deux parties : supérieure, un peu plus petite, et inférieure, plus grande et plus mince ; la limite entre les deux parties se trouve au niveau de l'ombilic, le ligament rond droit est plus court que celui de gauche, qui est aussi plus tendu. La tête engagée à l'entrée du bassin et le 2e promontoire n'est pas atteinte.

En raison de ces phénomènes menaçant du côté de l'utérus d'un côté et de la vie du fœtus de l'autre, il a été décidé de faire l'opération césarienne.

Pendant les préparatifs, les douleurs sont devenues plus violentes et, bientôt après, les bruits du cœur sont devenus faibles et ont disparu complètement, les douleurs ou plutôt les gémissements n'arrêtaient pas ; l'utérus a changé sa forme, il approchait la ligne médiane, la différence entre les parties supérieure et inférieure a disparu et enfin, dans le côté droit de l'utérus, là où se trouvait le dos, on sentait une petite partie fœtale (à côté de l'utérus mal dessiné) immédiatement sous la paroi abdominale. Pas de bruits fœtaux. Caillots de sang dans les écoulements, la tête est remontée et devenue mobile. Toutes ces données faisaient supposer une rupture utérine avec sortie du fœtus dans la cavité abdominale.

Laparotomie par le professeur Fenomenov. — A l'ouverture de l'abdomen, le siège du fœtus, sorti de l'utérus, s'est présenté.

Celui-ci est extrait à travers le col déchiré, et ensuite sont extraits le placenta et les membranes.

Dans la cavité abdominale beaucoup de sang liquide ; sur la paroi antérieure du col utérin se trouve un orifice d'une forme ovale irrégulière (la longueur de la déchirure à l'état affaissé est d'au moins de 7 centimètres), l'ouverture se dirigeant un peu en travers, obliquement. Le fœtus est sorti dans la cavité abdominale à travers cet orifice, toute la paroi antérieure de l'utérus est contusionnée, noirâtre par suite des ecchymoses s'étendant au tissu cellulaire de l'espace vésico-utérin. La paroi postérieure du col est intacte et a conservé son caractère normal. Le tissu musculaire de la paroi antérieure du col utérin, au-dessus de la déchirure, est rétracté, semblable à du tissu élastique déchiré.

Les bords de la déchirure étant fortement contusionnés, il nous a été impossible de déterminer le lieu de la première déchirure.

La paroi antérieure du col étant fortement modifiée, il a été décidé d'avoir recours à l'amputation de l'utérus.

Ligatures des ligaments ronds et des larges avec les artères utérines, lambeau postérieur plus long, lambeau antérieur coupé très bas, l'utérus amputé, les annexes laissées et cousues au pédicule. Une gaze idoformée est introduite dans le vagin. La paroi abdominale fermée complètement. L'opération faite le 28 février à 1 h. 15 du matin. Du début des douleurs jusqu'à la fin de l'opération 2 h. 15, et jusqu'au moment de la déchirure près de 7 heures.

Fœtus, non à terme, 3 kilogrammes, les dimensions de la tête 11 1/2-13-9-9-36, épaules 11, siège 9, placenta 800 grammes, spongieux, dimensions 18-19 centimètres, cordon 58.

Le 4e jour après l'opération, la mèche enlevée, le 10e jour les fils enlevés, 2 sutures légèrement suppurées. Les premiers jours, ballonnement du ventre, les 7 premiers jours température un peu élevée jusqu'à 38°,7. Pouls 100 et ensuite 90.

15 jours après, la malade a commencé à marcher et le 26e jour a quitté l'hôpital.

Pour l'*examen microscopique* on a pris des fragments : 1° de la paroi antérieure déchirée de l'utérus ; 2° de la paroi postérieure ; et 3° du fond de l'utérus. Ces fragments sont plongés dans la celloïdine et colorés par l'hématoxiline avec éosine, d'après Van Gieson et Weigert.

Sur le lieu de la déchirure, le tissu se présente plus ou moins

imprégné par les éléments sanguins; le sang forme tantôt des épanchements considérables, tantôt remplit des espaces entre des grandes portions du tissu ou entre des groupes isolés ou même entre des éléments séparés du tissu musculaire et conjonctif. Les cellules sont souvent changées, leur plasma est mal coloré, ainsi que leurs noyaux; il y a des endroits où les cellules sont peu modifiées et écartées seulement par le sang; par places, en petit nombre, on voit, en outre des éléments sanguins, le tissu conjonctif jeune. Des vaisseaux de différentes dimensions se détachent très nettement; les capillaires sont très dilatés et remplis de sang; dans des vaisseaux d'un plus gros calibre, les parois sont épaissies.

Les fibres élastiques, colorées d'après Weigert, sont surtout visibles dans les parois des vaisseaux, et en petite quantité elles sont disséminées sur toute l'étendue de la préparation; les fibres sont assez courtes, épaissies, entrelacées entre elles, jusqu'à la formation même des nœuds.

Dans la paroi postérieure du col, les territoires et les éléments du tissu musculaire et conjonctif sont aussi écartés, avec cette différence que les éléments ne sont qu'écartés en dehors de la sérosité, on voit par places seulement des éléments à un noyau et les globules sanguins font presque défaut.

Les mêmes éléments se trouvent aussi dans les territoires non œdématiés du tissu et en quantité considérable; par places, dégénérescence du tissu musculaire, les parois vasculaires sont aussi épaissies que les parois antérieures, il y a beaucoup de vaisseaux de différentes dimensions.

A l'examen de la paroi utérine du fond de l'utérus, dans toute son épaisseur, on n'a trouvé aucune trace d'inflammation aiguë ou chronique de l'utérus.

En résumé, d'après notre examen microscopique, nous n'avons pu trouver la cause ayant provoqué deux fois la rupture utérine, ni déterminer le lieu de la première rupture (1).

---

(1) Traduit du russe par Mme Rechtsamer, docteur en médecine, d'après le *Journal d'accouchement et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg*.

REVUE ANALYTIQUE

De l'étiologie de la fièvre pendant le travail (Zur Aetiologie des Fiebers unter der Geburt). H. Müller, *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. LXV, Hft. 2, p. 318. — Des faits d'hyperthermie observés durant le travail ont été rapportés au travail musculaire de l'utérus : *hyperthermie fonctionnelle*, en quelque sorte. Or, il y a eu, sinon erreur complète dans cette façon de voir, du moins forte exagération. Si l'on se reporte, en effet, aux effets thermiques causés par le travail musculaire en général, travail musculaire considérable exigé par les ascensions, par exemple, on se rend bien vite compte que la contraction du muscle utérin ne saurait développer ces élévations de température considérables, relevées au cours de l'accouchement, et qui ont pour principal caractère de tomber brusquement, d'être comme « coupées au couteau » dès que l'accouchement est fini. En réalité, la cause essentielle de cette fièvre *sub partu* tient à la *rétention* et à la *résorption* des sécrétions, rétention favorisée par des conditions multiples et diverses (étroitesse, contraction de l'orifice externe, etc.). En somme, la plupart du temps, il s'agirait, non pas de fièvre fonctionnelle, mais de fièvre par résorption ou par infection relative, etc.

« Je laisse, écrit en terminant l'auteur, ouverte la question de la part d'action que prennent les bactéries dans le développement de la *fièvre de résorption* (inflammation locale et rétention), parce qu'il est avéré qu'au cours de l'accouchement des conditions peuvent se rencontrer qui rendent possible l'éclosion d'une fièvre *aseptique* par résorption de sécrétions non décomposées. Toutefois, comme Winckel, j'incline à tenir pour une éventualité très rare cette fièvre aseptique ; car, en général, on n'observe que fort exceptionnellement les particularités symptomatiques qui l'accompagnent : savoir, un pouls plein, bon, remarquablement lent (p. ex. 78 avec une température de 40°,7), en même temps que l'absence de tous symptômes d'intoxication (troubles de l'état général, augmentation de l'excrétion de l'urée, albuminurie, etc.).

« Mais il me paraît indiscutable qu'on ne doit pas attribuer au travail musculaire l'importance qu'on lui a accordée jusqu'ici dans

le développement de la fièvre *sub partu*; que plutôt la fièvre si fréquemment bénigne notée pendant le travail reconnaît les mêmes conditions, les mêmes facteurs auxquels on rapporte la fièvre des accouchées. » R. L.

Sur une forme rare de rupture du plancher pelvien musculaire et du périnée (Eine sehr seltene Form von Ruptur des muskulosen Beckenbodens und des Perineum). E. KEHRER, *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 36, p. 1001, et *Deutsch med. Zeitung*, 1901, n° 95). — L'auteur rapporte 5 cas (1 personnel) dans lesquels la paroi vaginale postérieure, le septum recto-vaginal et la paroi antérieure du rectum furent rompus pendant le travail et où l'on vit des parties fœtales apparaître à l'anus. Dans 2 cas, dont celui de l'auteur, on constata, au niveau de l'anus, la présence de la face du fœtus, dans 2 un membre supérieur, dans le 5e (présentation du siège) un membre inférieur ; 2 fois sphincter de l'anus et périnée restèrent intacts ; 1 fois l'anus seul fut déchiré par le membre inférieur droit qui s'y était engagé, tandis que la partie postérieure restait intacte ; par contre, le périnée se déchira en avant sous l'influence du dégagement de la tête. Dans 2 cas, parmi lesquels celui de l'auteur, sphincter et périnée se rompirent pendant le mouvement de rotation en avant de la tête fœtale.

Ainsi, dans ces cas compliqués, le périnée peut se déchirer d'abord d'arrière en avant sous l'action de la partie fœtale accidentellement engagée dans l'anus, puis d'avant en arrière au sortir de l'occiput par l'orifice vulvaire : d'où des déchirures profondes du périnée, du vagin, du rectum, du péritoine, délabrements qui offrent de grandes ressemblances avec les déchirures centrales du périnée.

Prophylaxie. — Pour limiter le plus possible les délabrements, il faut, dans l'intervalle des douleurs, chercher à réduire la partie fœtale anormalement engagée dans l'intestin, tandis qu'on maintient fortement la partie fœtale qui est à l'orifice vulvaire et qu'on invite la parturiente à éviter tout effort abdominal. Lorsque les lésions se bornent à la déchirure de la paroi antérieure du vagin, on peut espérer la guérison spontanée. Si la guérison spontanée n'a pas lieu, intervenir, — mais, *au plus tôt*, 6 semaines *postpartum* — d'après les principes adoptés pour les plasties périnéales et les colpórraphies postérieures. Lorsque sphincter et périnée sont

déchirés, il convient, avant ou après la sortie de la tête fœtale, de sectionner le pont périnéal restant, afin de pouvoir bien affronter les bords de la plaie, plus ou moins haute, du septum recto-vaginal. R. L.

Un nouveau symptôme pour le diagnostic de la dystocie due à la brièveté du cordon ombilical (A new symptom in the diagnosis of dystocia due to a short umbilical cord). *Am. J. of obst.*, avril 1902, p. 512. — Ce symptôme consiste dans l'émission fréquente, saccadée de l'urine pendant le *second* temps de l'accouchement. Acte qui se répète chaque fois que la douleur cesse et qui persiste jusqu'à ce que la tête soit arrivée à la vulve. Au moment où le second stade de l'accouchement commence, la vessie est en totalité au-dessus du pubis. En progressant et sous l'influence des contractions, la tête l'aplatit, l'allonge, l'étire et comprime l'urèthre, ce que démontrent les difficultés du cathétérisme à cette période du travail. Mais, quand la contraction cesse et que, comme il advient dans les cas de brièveté notable du cordon, la tête fœtale rétrocède beaucoup, la vessie cesse d'être ainsi comprimée, elle redescend, s'affaisse, et c'est exactement à ce moment que l'émission saccadée de l'urine se produit.

L'auteur relate deux faits dans lesquels ce symptôme a été caractéristique. Il classe, en terminant, suivant leur importance, les symptômes de la brièveté du cordon, comme suit : *a*) rétrocession de la tête dans l'intervalle des douleurs ; *b*) mictions, en petite quantité, dans l'intervalle des douleurs, après l'établissement du second stade ; *c*) hémorrhagie artérielle pendant et entre les contractions ; *d*) douleurs au niveau de l'aire placentaire, spécialement pendant la contraction utérine ou durant l'application du forceps ; *e*) le désir que manifeste la parturiente de se lever ; *f*) l'inertie utérine.

R. L.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris-Tours, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

LES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS
ET L'ALLAITEMENT MATERNEL

Par le **Dr Bresset.**

Il y a dix ans, quand le professeur Budin organisa à la Charité la première Consultation de nourrissons, le but qu'il poursuivait était « de surveiller, de diriger et d'aider les mères désireuses de bien faire, mais ignorantes et pauvres ». Depuis cette époque, à sa consultation de la clinique Tarnier, aussi bien que dans les consultations de la Maternité, ou de la Charité et dans toutes les consultations des services d'accouchement, réservées aux seuls enfants nés dans l'hôpital, nourris au sein par leur mère au moment où ils quittent le service, l'allaitement maternel ou l'allaitement mixte ont été la règle, l'allaitement artificiel l'exception.

Les Consultations de nourrissons créées quelques années plus tard, soit par l'Assistance Publique, sur l'initiative de M. Paul Strauss, soit par la Bienfaisance Privée, comme celles du Dr Dufour à Fécamp, du Dr Variot au Dispensaire de Belleville, du Dispensaire du VIIe arrondissement fondé par M. Charles Risler, ces consultations, dis-je, avaient également le même objectif, mais se trouvèrent au début dans des conditions plus défavorables.

Fréquentées par des nourrissons déjà sevrés, pour la plupart mal portants, l'allaitement artificiel y occupait une place prépondérante, et l'allaitement maternel n'y était guère représenté que par des enfants malades, suralimentés et amenés fort irrégulièrement auprès du médecin.

Cependant, ces Consultations présentaient sur les Crèches l'avantage inappréciable de ne pas séparer les enfants de leur mère ; aussi les résultats obtenus, grâce aux conseils donnés

aux parents et surtout à la substitution du lait stérilisé au lait écrémé et sophistiqué, furent dès le début si encourageants les statistiques publiées furent si favorables, que de toutes parts, à Paris aussi bien qu'en province, des œuvres similaires furent fondées sous le nom de « Gouttes de lait ».

Nul ne pourrait contester, qu'en distribuant gratuitement ou à prix réduit du lait stérilisé aux nourrissons élevés au biberon dans leur famille et en conseillant les mères ignorantes, ces œuvres de bienfaisance n'aient déjà sauvé bien des existences. Mais les succès ainsi obtenus, à grand'peine, ne doivent pas nous faire oublier que l'allaitement artificiel n'est qu'un pis aller, que rien ne peut remplacer pour un nouveau-né le sein de sa mère, et que les « Gouttes de lait », les « Consultations de nourrissons », peu importe le nom qu'on leur donne, ne répondront d'une façon complète au but recherché, « *la défense de l'enfant* », qu'en favorisant, en surveillant et en encourageant, par tous les moyens possibles, l'allaitement maternel.

Depuis la fin de l'année 1897, date de la création de la Consultation de nourrissons au Dispensaire de la rue Oudinot, je n'ai jamais cessé de recommander à toutes les mères de nourrir leurs enfants au sein, et je les y ai constamment encouragées et aidées dans la mesure du possible, par la distribution de médicaments et d'aliments dont l'action physiologique est peut-être discutable, mais dont l'effet moral est certain.

Quand on m'amène un nouveau-né sevré depuis quelques jours, sur les conseils plus ou moins autorisés de l'entourage de la mère, j'exige tout d'abord qu'il soit remis au sein et bien souvent je parviens à éviter à ce nourrisson les dangers de l'allaitement au biberon. Quand on me présente un enfant de 2 ou 3 mois mis au biberon dès la naissance, en général suralimenté avec un lait de qualité douteuse, je ne me contente pas de donner à la mère des conseils et du lait stérilisé et je ne considère pas ma tâche comme terminée, lorsque j'ai pu lui permettre d'élever ainsi son enfant. Cette mère de famille, presque toujours primipare, jeune, doit avoir dans la

suite d'autres enfants, et, en surveillant celui qu'elle a si malencontreusement privé de son lait, je cherche à la convaincre que l'allaitement maternel présente de tels avantages, qu'elle devra essayer de nourrir elle-même les autres enfants qu'elle mettra au monde.

Au début, c'est à peine si de loin en loin je pouvais examiner, à ma consultation, un nourrisson au sein bien portant, que j'avais bien peu de chance de revoir plus tard s'il n'était sevré ou malade. Peu à peu, la situation alla en s'améliorant, et, tout en continuant à surveiller un nombre imposant de nourrissons au biberon, je commençai à suivre régulièrement quelques enfants allaités par leur mère (1). Mais ce n'est que depuis quelques mois que j'ai pu constater enfin les heureux résultats de la campagne acharnée que j'ai toujours menée en faveur de l'allaitement maternel.

Quarante-deux mères, dont j'avais déjà surveillé un nourrisson, sont redevenues enceintes, ont accouché heureusement et m'ont amené, presque dès la naissance, leur deuxième nourrisson. Trois d'entre elles en sont même à leur 3e enfant, ayant mené à bien depuis 1898 deux grossesses et deux accouchements (Obs. 3 — 11 — 28).

En comparant le mode d'allaitement auquel ont été soumis les 42 nourrissons de la première série, c'est-à-dire les aînés, au mode d'allaitement des nourrissons de la 2e série, c'est-à-dire de ceux que j'ai pu surveiller dès leur naissance, je trouve les chiffres suivants:

Première série (42 observations).

Allaitement	au sein	18	21	= 50 0/0
—	mixte.	3		
—	au biberon.	21		= 50 0/0

Deuxième série (45 observations).

Allaitement	au sein	37	39	= 87 0/0
—	mixte	2		
—	au biberon.	6		= 13 0/0

(1) Le Dr Léon Dunème a publié ces observations dans sa thèse (*Durée de l'allaitement au sein chez les femmes de la classe ouvrière à Paris.* Paris, 1902, G. Steinheil).

Première Série.

NUMÉRO d'ordre	NUMÉRO matricule	NOM et prénoms	DATE de naissance	ALLAITEMENT Sein	Mixte	Biberon	OBSERVATIONS
1	6097 A	F. Suzanne.	26 oct. 1897	1 mois.	1 an.	»	Suivie pendant plus d'un an.
2	7103 A	H. Marcelle.	7 nov. 1897	11 m. 1/2.	»	»	id.
3	7493 A	D. Clovis.	13 sept. 1897	10 mois.	»	»	Suivi pendant plus de 2 ans.
4	7822 A	M. Robert.	27 mars 1898	1 an.	»	»	id.
5	7844 A	N. Marius.	12 juillet 1898	1 an.	»	»	Suivi pendant 18 mois.
6	8023 A	G. René.	23 oct. 1898	4 m. 1/2.	au 5e mois.	»	id.
7	54 B	D. Marguerite.	avril 1897	1 an.	»	»	Suivie pendant plus d'un an.
8	169 B	D. Marcelle.	9 janv. 1898	6 mois.	»	»	Sevrée prématurément, mise dans une crèche. Amenée à l'âge d'un an à la consult. atroph. Décédée à 2 ans 1/2 de broncho-pneum. tub.
9	208 B	C. Andrée.	1er mars 1899	6 mois.	»	»	Suivie irrégulièrement pendant un an.
10	268 B	A. Georges.	juin 1898	10 mois.	»	»	Suivi pendant plus de 2 ans.
11	500 B	E. Charlotte.	18 août 1898	8 mois.	au 9e mois.	»	id.
12	830 B	D. Renée.	2 juin 1899	7 m. 1/2.	au 8e mois.	»	id.
13	834 B	M. Madeleine.	8 juin 1898	1 an.	»	»	id.
14	881 B	M. Maurice.	21 mars 1899	8 mois.	au 9e mois.	»	id.
15	1147 B	T. Marius.	12 janv. 1900	6 mois.	au 6e mois.	»	Suivi pendant 2 ans irrég.
16	1513 B	V. Suzanne.	2 août 1899	5 mois.	id.	»	Suivie pendant plus de 2 ans.
17	3315	P. Alfred.	4 déc. 1900	7 mois.	au 8e mois.	»	Encore en observation.
18	3519 Consult. du G.-C.	G. Maurice.	25 févr. 1900	6 mois.	»	»	Suivi jusqu'à ce jour.
19	7512 A	G. Henriette.	mars 1898	»	à la naiss.	»	Suivie plus de 2 ans irrégul.
20	308 B	S. Alice.	20 nov. 1898	»	id.	»	Suivie pendant plus de 2 ans.
21	1407 B	S. Rose.	26 janv. 1900	»	id.	»	id.
22	7114 A	C. Louise.	15 nov. 1897	»	»	à la naiss.	Atrophie pondérale. Décédée.
23	7355 A	G. Alfred.	7 févr. 1898	»	»	à 2 mois.	Suivi pendant plus de 2 ans.
24	7856 A	T. Léon.	2 août 1898	»	»	à la naissance.	Suivi jusqu'à 15 m. 1/2. Atrophie pondérale.
25	8051 A	S. René.	mars 1898	»	»	id.	Suivi jusqu'à 2 ans irrégul.
26	8191 A	B. Eugène.	29 janv. 1898	»	»	id.	Atrophie pondérale. Suivi jusqu'à 2 ans.
27	258 B	P. Berthe.	21 janv. 1899	»	»	id.	Suivie jusqu'à 2 ans.
28	322 B	D. André.	janvier 1898	»	»	id.	Décédé de broncho-pneum. bacillaire.
29	709 B	B. Roger.	6 mars 1899	»	»	id.	Atrophie pondérale. Suiv jusqu'à 21 mois.
30	679 B	T. Henriette.	15 avril 1899	»	»	id.	Suivie jusqu'à 2 ans. Atrophie pondérale.
31	694 B	T. Mathilde.	4 août 1899	»	»	id.	Suivie jusqu'à 2 ans 1/2.
32	1397 B	D. Maurice.	25 mars 1899	»	»	à la naissance en nourrice.	Atrophie pondérale. Suivi jusqu'à 3 ans.
33	1396 B	P. Emile.	13 janv. 1900	»	»	à la naissance.	Atrophie pondérale. Suivi jusqu'à 18 mois irrégul.
34	1642 B	M. René.	1 avril 1899	»	»	id.	Suivi jusqu'à 2 ans.
35	2302 B	P. Edouard.	22 juill. 1900	»	»	à la naissance en nourrice.	Atrophie pondérale. Suivi jusqu'à aujourd'hui.
36	2394 B	P. Louise.	1 avril 1901	»	»	a 2 mois.	id.
37	2805 B	R. Lucie.	5 juin 1900	»	»	à la naissance en nourrice.	Encore en observation.
38	3084 (Consult. du G.-C.)	C. André.	2 janv. 1900	»	»	à 2 mois.	id.
39	3127 (Consult. du G.-C.)	V. Désirée.	18 févr. 1900	»	»	à la naissance.	Encore en observ. Atrophie pondérale.
40	3336 (Consult. du G.-C.)	T. Georges.	11 déc. 1900	»	»	id.	Encore en observation.
41	3509 (Consult. du G.-C.)	G. Georges.	11 févr. 1901	»	»	id.	id.
42	3654 (Consult. du G.-C.)	Z. Eugénie.	1 nov. 1900	»	»	id.	id.

Deuxième Série.

NUMÉRO d'ordre	NUMÉRO matricule	NOM et prénoms	DATE de naissance	ALLAITEMENT Sein	Mixte	Biberon	OBSERVATIONS
1 bis	2053 B	F. Andrée.	25 nov. 1900	8 mois.	»	»	Suivie jusqu'au sevrage.
2 —	1408 B	H. Louis.	6 juillet 1900	4 mois.	»	en nourrice à 4 mois.	Suivi ensuite pendant plus d'un an.
3 —	38 B	D. Raymonde.	14 mars 1809	9 mois.	au 5e mois.	»	Suivie pend. plus de 2 ans.
3 ter	2675 B	D. Marcel.	13 sept. 1901	7 mois.	au 8e mois.	»	Suivi depuis la naissance jusqu'à aujourd'hui.
4 bis	1323 B	M. Lucien.	28 mai 1900	10 mois.	au 11e m.	»	Suivi depuis la naissance jusqu'à aujourd'hui.
5 —	1173 B	N. Louise.	26 févr. 1900	3 mois.	au 4e mois.	»	Suivi de la naissance jusqu'à 4 m. A quitté Paris
6 —	3217 B	G. Henriette.	14 mars 1902	jusqu'à aujourd'hui.	»	»	En observation.
7 —	757 B	D. Reine.	15 août 1899	7 mois.	»	»	Suivie pendant 7 mois.
8 —	3007 B	D. Marcelle.	4 sept. 1901	au sein act.	»	»	En observation.
9 —	1267 B	C. Yvonne.	31 mars 1900	8 mois.	»	»	Suivie pendant 15 mois.
10 —	2800 B	A. Raoul.	17 sept. 1901	6 mois.	au 7e mois.	»	En observation.
11 —	1253 B	R. Roger.	23 mars 1900	7 mois 1/2	au 8e mois.	»	Suivi pend. plus de 2 ans.
11 ter	3056 B	R. Gaston.	24 déc. 1901	au sein act.	»	»	En observation.
12 bis	2866 B	D. Gaston.	17 déc. 1901	id.	temporair. p. 15 j.	»	id.
13 —	1667 B	M. Paul.	13 nov. 1900	7 mois.	au 8e mois.	»	Suivi pendant 15 mois.
14 —	2637 B	M. Marie.	6 sept. 1901	6 mois.	au 7e mois.	»	En observation.
15 —	2355 B	T. Frédéric.	6 fevrier 1901	8 mois.	au 8e mois.	»	Suivi jusqu'à l'âge de 10 m.
16 —	2879 B	V. Simone.	19 déc. 1901	au sein act.	»	»	En observation.
17 —	3630 G. C.	P. Raymonde.	29 janv. 1902	id.	»	»	id.
18 —	3527 G. C.	G. Lucie.	3 août 1901	4 mois.	au 5e mois. jusq. 9 m.	»	id.
19 —	3541 Consult. du G.-C.	G. Clément.	22 nov. 1901	»	à 3 sem.	»	id.
20 —	1746 B	S. Eugénie.	15 nov. 1900	4 mois 1/2	à 4 m. 1/2	»	Suivie pendant 9 mois.
21 —	3226 B	S. Joséphine.	18 mars 1902	au sein act.	»	»	En observation.
22 —	2765 B	C. Louise.	1er sept. 1901	5 mois.	au 6e mois.	»	En observation.
23 —	391 B	G. Geneviève.	10 mai 1899	6 mois 1/2	au 7e mois.	»	Suivie pend. plus de 2 ans.
24 —	558 B	T. Hélène.	10 juillet 1899	6 mois.	»	»	Suivie pendant 6 mois.
25 —	3172 B	S. Léonie.	28 janv. 1902	3 mois.	»	»	Décédée en mai 1902. Convulsions.
26 —	1002 B	R Julien.	5 déc. 1899	4 mois.	»	»	Décédé à 4 m. Convulsions.
27 —	1484 B	P. Juliette.	11 août 1900	»	»	à 2 mois.	Prématur. débile tétant mal. Mère mauvaise nourrice. Suivie jusqu'à 22 mois.
28 —	399 B	D. Jeanne.	8 mai 1899	»	à la naiss.	»	Suivie pendant 13 mois.
28 ter	1358 B	D. André.	1er juillet 1900	»	»	à la naiss.	La mère a refusé de nourrir au sein.
29 bis	1628 B	B. André.	19 oct. 1900	3 mois.	»	à 3 mois.	Suivi jusq. 10 m. irrégulière.
30 —	3170 B	T. Emile.	13 déc. 1901	»	»	à 2 mois.	Décédé gastro-ent. chron. Nourri au biberon avec lait de vacherie.
31 —	2666 B	T. Mercédès.	14 sept. 1901	»	à la naiss.	»	En observation.
32 —	2110 B	D. Roland.	17 févr. 1901	»	8 mois 1/2	»	id.
33 —	2460 B	P. Auguste	7 juillet 1901	»	à la naiss.	»	Suivi irrégulièrement
34 —	3159 B	M. Raymonde.	24 févr. 1901	17 m. 1/2	à 1 m. 1/2	»	En observation.
35 —	2795 B	P. André.	21 oct. 1901	au sein act.	»	»	id.
36 —	3255 B	P. Augustine.	5 avril 1902	id.	»	»	id.
37 —	2785 B	R. Georges.	11 oct. 1901	»	à 7 mois.	»	En observation. Remis au sein après 34 jours d'allaitem. au biberon en nourrice.
38 —	3508 Cons. du G. C.	C. Yvonne.	21 juillet 1901	»	»	à 1 mois.	En observation.
39 —	3763 Cons. du G. C.	V. Lucien.	26 mars 1902	7 mois 1/2	1 mois 1/2	»	id.
40 —	3698 Cons. du G. C.	T. René.	5 mars 1902	»	à 1 mois.	»	id.
41 —	3704 Cons. du G. C.	G. Marcelle.	3 mars 1902	au sein act.	»	»	id.
42 —	3569 Cons. du G. C.	Z. Emile.	3 déc. 1901	id.	»	»	id.

L'allaitement maternel ou l'allaitement mixte ont donc gagné 37 p. 100 dans la 2e série. Je ne pense pas que l'on puisse m'adresser le reproche de favoriser l'allaitement artificiel à ma consultation, et comme, avec de la ténacité, tous mes confrères des Consultations de nourrissons en obtiendront autant, que les alarmistes se rassurent, il est possible d'éviter le dangereux écueil signalé à maintes reprises et notamment par MM. Ollive et Schmitt l'année dernière au Congrès de Nantes : « la trop grande distribution de lait stérilisé au détriment de l'allaitement maternel ».

La statistique dont je viens de parler présente encore quelques particularités intéressantes :

Sur les 18 mères qui ont nourri le premier enfant au sein, 17 ont également nourri le 2e au sein ; une seule, pour des raisons de famille, l'a mis en nourrice en province après 4 mois d'allaitement maternel.

Sur les 3 mères qui ont employé l'allaitement mixte dès la naissance du premier enfant, deux (Obs. 19 et 20) ont dû recourir au même allaitement, au bout de peu de temps, pour le deuxième; la troisième (Obs. 21) nourrit encore exclusivement au sein en ce moment (mai 1902), mais je doute qu'elle puisse continuer longtemps, elle exerce la profession pénible de porteuse de pain, elle est pauvre et chargée de famille (5 enfants); les deux premières étaient dans le même cas.

Enfin, et c'est là le point le plus intéressant, sur les 21 mères qui avaient donné le biberon dès la naissance au premier enfant, 5 seulement ont persisté dans ces fâcheux errements, toutes les autres ont donné, ou donnent encore, tout ce qu'elles peuvent donner de leur lait. De sorte que : Sur 21 enfants de la première série nous comptions : allaitement maternel ou mixte : 0 p. 100.

Sur 22 enfants de la 2e série nous comptons aujourd'hui : allaitement maternel ou mixte : 77 p. 100.

J'ajouterai que sur les 5 femmes qui n'ont pas nourri au sein, l'une (Obs. 28) en était à son 3e accouchement; de janvier 1898

à juin 1900, elle a nourri son deuxième enfant à l'allaitement mixte, mais s'est refusée à donner le sein au troisième, se trouvant, avec quelque apparence de raison, incapable de faire les frais d'un allaitement. Deux autres (Obs. 27 et 29) étaient des nourrices incapables. Quant aux deux dernières (Obs. 30 et 38), elles n'ont pas voulu comprendre l'intérêt de leurs enfants, et l'un deux est mort de gastro-entérite.

Un dernier point important de cette statistique que je tiens à signaler est le suivant : dix des nourrissons au biberon de la 1re série (Obs. 22, 24, 26, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 39) m'avaient été amenés avec une atrophie pondérale inquiétante pour l'avenir, neuf ont survécu grâce au lait stérilisé ; mais les mères ont presque toujours compris les risques qu'elles avaient fait courir à ces enfants, et huit sur dix ont nourri le deuxième au sein, ou à l'allaitement mixte.

Les Consultations de nourrissons constituent pour nous une arme précieuse dans la lutte contre la mortalité infantile. En laissant aux mères bien conseillées et bien dirigées le soin d'élever elles-mêmes leurs enfants et de les nourrir au sein dans la plupart des cas, ces œuvres de bienfaisance ont réalisé un progrès énorme sur les Crèches et les Pouponnières. Bien loin de favoriser l'allaitement artificiel, elles doivent et elles peuvent, comme j'espère l'avoir démontré, du moins en ce qui concerne toute une partie de la classe laborieuse, permettre de faire passer de la théorie dans la pratique cet axiome du Pr Pinard (1) : « Toute mère non malade doit allaiter son enfant ».

(1) Pinard, *Bull. médical*, 7 nov. 1898.

LES KYSTES HYDATIQUES DU BASSIN ET DE L'ABDOMEN

AU POINT DE VUE DE LA DYSTOCIE

Par **J. Franta** (de Prague),
Ancien chef de la clinique obstétricale et gynécologique
du professeur **Pawlik.**

(*Suite*).

III

L'influence de la grossesse, du travail et des suites de couches sur les kystes hydatiques.

Un médecin islandais a observé, d'après A.-P. Schleisner (1), que les accouchements *opératoires* accélèrent l'accroissement des kystes hydatiques.

Jón Finsen (2) rapporte un exemple intéressant du développement périodique d'un kyste hydatique (de la région sus-épineuse droite) pendant deux grossesses consécutives, en y ajoutant cette remarque : « De même un état physiologique, la grossesse, joue souvent un grand rôle dans le développement des échinocoques. »

Louis de Welling (3), Albert (4), Marguet (5) et beaucoup d'autres citent cette opinion de Finsen, mais ils ne la confir-

---

(1) A.-P. Schleisner, cité dans *Schmidt's Jahrb.*, vol. LXXVI, p. 141, a. 1852.

(2) Jón Finsen, *Archives générales de médecine*, 1869, janvier, p. 38.

(3) Louis de Welling, *Des Kystes hydatiques du cœur*, p. 58, Paris, 1872, F. Savy, édit.

(4) Albert, *Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale*. Thèse de Paris, 1887, p. 25.

(5) Marguet, *Kystes hydatiques des muscles volontaires*. Thèse de Paris, 1888, p. 159.

ment pas par leur propre expérience. Porak (1) s'en exprime, en effet, de cette manière : « Cette remarque n'est confirmée dans aucune des observations que nous avons réunies »; mais il accepte pourtant l'opinion de Finsen, comme nous le lisons sur la page 207 : « La grossesse ne détermine pas la mort des hydatides, elle semble au contraire *favoriser leur accroissement*. L'accouchement à la suite des attritions que doit supporter un kyste du petit bassin, à la suite des opérations devenues nécessaires, doit déterminer fréquemment la mort de l'hydatide et ses conséquences : peut-être la résorption ou la transformation, mais bien plutôt la suppuration. »

Fr. Arndt (2) fait remarquer que dans son fait et dans celui de Westerdyk la maladie a commencé pendant la grossesse.

J. Boeckel (3), en repoussant l'influence du traumatisme dans l'étiologie de kystes hydatiques du rein, s'explique de cette manière : « Tout au plus pourrait-on peut-être admettre l'influence de la grossesse dans le mode de production des kystes rénaux. C'est une opinion risquée, j'en conviens; mais comment ne pas se défendre d'un pareil sentiment, et ne pas voir une relation de cause à effet, lorsque sur 21 cas on trouve la grossesse signalée six fois comme ayant précédé ou marqué le début de l'apparition de la tumeur. »

Braillon (4) cite l'opinion de Boeckel en y ajoutant : « Nous croyons que cette idée serait exagérée et qu'il n'y a là qu'une simple coïncidence, qu'il vaut mieux signaler cependant. »

D'après Péan et Secheyron (5) : « Il faut remarquer que les faits d'hydatides ont été rencontrés surtout en pleine

(1) PORAK, Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie. *Gazette hebdom.*, 1884, p. 206.

(2) FR. ARNDT, *Ein Fall von Leberechinococcus*, etc. Inaug. Dissert., Greifswald, 1881, p. 22.

(3) J. BOECKEL, *Etude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical*, p. 21, Paris, 1887, F. Alcan édit.

(4) BRAILLON, *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein*. Thèse de Paris, 1894, p. 13.

(5) PÉAN et SECHEYRON, Etude sur les kystes hydatiques de l'utérus. *Archives de tocologie*, 1887, p. 992.

période sexuelle, une seule fois chez une fillette, au moment de l'établissement de la menstruation ; c'est surtout dans le cas de grossesse qu'ont été observés les plus gros kystes ; dans deux cas le volume nécessita l'amoindrissement des parties fœtales : craniotomie, embryotomie. »

Et dans le chapitre consacré aux kystes hydatiques utérins pendant la grossesse et l'accouchement, ces auteurs font remarquer (p. 1025) : « La première influence (de la grossesse sur le kyste hydatique) ne pourra être que difficilement établie, étant donné le petit nombre des observations et surtout l'état de tolérance de l'utérus gravide pour les tumeurs qu'il renferme. Le fait le plus saillant à relever est le grand volume des kystes observés dans l'utérus gravide, volume dépassant celui des kystes hydatiques en dehors de la gestation, et il ne semble pas douteux que la grossesse n'agisse, dans le cas, comme un traumatisme, en déterminant un afflux sanguin. »

Gottfried Wütrich (1), Godefroy Gros (2), Alfonso Poggi (3) et Goinard et Sergent (4) de même signalent l'influence de la grossesse sur le développement des kystes hydatiques.

H.-F. Larre (5) s'occupe avec assez de détail de cette question et prétend : « Elle (la grossesse) agit directement sur la tumeur, en favorisant l'infection parasitaire et en activant son développement. Nous savons que la grossesse entraîne deux modifications importantes dans la circulation du petit bassin : elle active la circulation artérielle et gêne la circu-

(1) Gottfried Wutrich, *Ueber den Echinococcus der Niere*. Inaug. Dissert. Zurich, 1894, p. 44.

(2) Godefroy Gros, *Contribution à l'étude des kystes hydatiques musculaires*. Thèse de Paris, 1899, p 31.

(3) Alfonso Poggi, *Due casi importanti di echinococco del setto retto-vaginale*. Bologna, regia tipografia, 1890, p. 11.

(4) Goinard et Sergent, Kyste hydatique de la mamelle. *Archives provinc. de chirurgie*, 1897, vol. VI, p. 682.

(5) H.-F. Larre, *Etude sur le kyste hydatique des os du bassin*. Thèse de Bordeaux, 1895, p. 90.

lation des gros troncs veineux, qui se déchargent au profit des veines de la paroi. L'hypervascularisation artérielle a pour effet de charrier en plus grand nombre les parasites vers la ceinture pelvienne, tout en apportant en plus grande quantité des aliments à la tumeur. L'augmentation de volume des veines périphériques contribue à ouvrir les portes de l'os coxal aux embryons qui ont traversé le cæcum et l'S iliaque. Mais l'action la plus énergique est surtout due à l'accouchement. Il agit sans conteste par le traumatisme qu'il occasionne. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit déjà de cette action, nous nous contenterons d'ajouter qu'ici le traumatisme obstétrical paraît agir plutôt sur le développement que sur l'ensemencement.

Mais il y a, d'autre part, des opinions tout à fait contraires en ce qui concerne cette question. Heller (1), Frinkler (2), Cras (3), Braillon (4) et d'autres contestent l'influence quelconque de la grossesse sur le développement des kystes hydatiques.

Nulle part nous n'avons trouvé une mention sur l'influence des suites de couches sur les kystes hydatiques. Après avoir indiqué les différentes opinions sur ce sujet, nous nous permettrons d'exposer, d'après nos recherches et expériences, notre manière de voir.

Il faut constater d'abord que l'influence de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sur les kystes hydatiques en général et sur les kystes hydatiques des organes et des tissus du bassin particulièrement, est tout à fait manifeste.

A) **Influence de la grossesse.** — 1) *Au cours d'une grossesse*

---

(1) Heller, *Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie*, vol. III, p. 311.

(2) Frinkler, Kyste hydatique solitaire de la rate. *Revue de chirurgie*, 1894, p. 120.

(3) Cras, *Etude sur les kystes hydatiques de la rate*. Thèse de Bordeaux, 1896, p. 36.

(4) Braillon, *l. c.*, p. 13.

on a l'occasion d'observer assez souvent, ou les premiers symptômes de la tumeur jusqu'à présent latente, ou bien l'apparition de la tumeur elle-mme.

En voici quelques observations :

Obs. 1. — Fr. Arndt, *l. c.*, p. 13. — Une femme de 31 ans, IIpare, remarqua un kyste hydatique du *foie* pendant sa 2e grossesse.

Obs. 2. — Baecker (1). — Kyste hydatique *dégénéré de l'épiploon*, accolé à l'intestin, et kyste hydatique du *ligament large gauche* chez une femme de 54 ans. Dans la 1re grossesse, il y a 32 ans, elle s'aperçut d'une tumeur au bas-ventre; trois ans après, la tumeur se mit en communication avec l'intestin et on trouva dans les selles une substance gélatiniforme.

Obs. 3.— Daeumer, *Die Fälle von Echinococcus in hiesiger Klinik seit Sommer*, 1869. Inaug. Dissert. Greifswald, 1872, p. 52. — Kyste hydatique du *foie* chez une femme de 33 ans, IIIpare. Douleurs dans l'hypochondre droit après le 2e accouchement. Pendant la 3e grossesse, les douleurs étaient plus vives et la malade trouva une tumeur dans la région douloureuse.

Obs. 4. — Barth, *Bulletins de la Société anatom. de Paris*, vol. XXVII, 1852, p. 108. — Kyste hydatique du *cerveau* chez une femme de 25 ans, IVpare. Les premiers symptômes de la tumeur ont été observés au 4e mois de cette grossesse. Mort subite au 8e mois. Opération césarienne *post mortem* ; l'enfant mort.

Obs. 5. — O. Boeck, *Deutsche Klinik*, 1865, p. 254. — Kyste hydatique du *tissu cellulaire sous-cutané près de l'ombilic* chez une femme de 40 ans, remarqué pendant une grossesse, il y a 14 ans.

Obs. 6. — Bristowe, *S. Thomas's Hospital Reports*, vol. XI, 1882, p. 153. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale* chez une femme de 26 ans ; elle s'aperçut de la tumeur dans sa 3e grossesse, et dans la 4e grossesse elle s'aperçut d'une nouvelle tumeur.

---

(1) Communiquée par une lettre avec la permission de M. le professeur Késmarsxky. Nous adressons à l'un et à l'autre nos plus sincères remerciements.

Obs. 7. — Finsen, *l. c.*, p. 38. — Kyste hydatique de la *région sus-épineuse droite* chez une femme de 28 ans, remarqué pendant la 1re grossesse.

Obs. 8. — Fontorbe, voir J.-H. de Lavigne Sainte-Suzanne, *Étude des kystes hydatiques du petit bassin.* Thèse de Bordeaux, 1893, p. 114. — Kystes hydatiques de *l'os coxal droit et du sacrum.* La malade éprouvait, pendant une grossesse, de vives douleurs dans cette région, et 6 mois après on 'y trouva une tumeur du volume d'un œuf de pigeon.

Obs. 9. — Frusci, *Annali clin. dell' ospedale degli Incurabili*, nov. 1876. Cité d'après Gangolphe, Thèse de Paris, 1886, p. 132. — Kyste hydatique des *vertèbres* dans la région dorso-lombaire. La malade (24 ans) éprouvait, pendant une grossesse, de vagues douleurs dans cette région. Les douleurs augmentaient et, quelque temps après, elle remarqua une tumeur dans la région douloureuse.

Obs. 10. — Hofmokl, *Wiener medic. Presse*, 1868, p. 937. — Kyste hydatique du *foie* chez une femme de 23 ans, remarqué vers la fin d'une grossesse.

Obs. 11. — Chaussier, *Journal de médecine chir. de Corvisart*, t. XIV, 1807, p. 130. — Kyste hydatique sur *le côté droit des vertèbres dorsales* (2e à 4e) chez une femme de 22 ans. Les premiers symptômes de la maladie ont été remarqués au 7e mois de la 2e grossesse.

Obs. 12. — Kendirdjy, *Bulletins de la Société anatom. de Paris*, 1899, p. 592. — Kyste hydatique de l'*orbite gauche* chez une femme de 21 ans, remarqué au 6e mois de la 1re grossesse.

Obs. 13. — R. Lachmann, *Ueber operative Behandlung des Echinococcus der Bauchorgane.* Inaug. Dissert. Breslau, 1896. — Kyste hydatique du *foie* chez une femme de 33 ans. Pendant la dernière grossesse, la malade remarqua une tumeur du volume du poing sous le rebord costal droit.

Obs. 14. — Le Bec, *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 768. — Kyste

hydatique de l'*omoplate gauche* chez une femme de 24 ans, remarqué vers la fin de la grossesse.

Obs. 15. — Muzel, *Centralblatt für Chirurgie*, 1879, p. 254. — Kyste hydatique de la *capsule fibreuse du rein droit*, remarqué pendant la dernière grossesse.

Obs. 16. — Pinard (voir observ. XXIII, p. 180). — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale et pelvienne* remarqués dans la première période de la grossesse.

Obs. 17. — Rochet, *la Province médicale*, 1888, p. 410. — Kyste hydatique des *muscles de la cuisse gauche*, remarqué au 7e mois de la dernière grossesse.

Obs. 18. — Westerdik, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1877, p. 629. — Kyste hydatique du *foie* chez une femme de 28 ans, remarqué pendant la première grossesse.

2) *Les kystes hydatiques connus déjà auparavant, qui n'augmentaient de volume que très lentement, commencent bien souvent à se développer beaucoup plus vite pendant la grossesse.*

Finsen en rapporte un exemple classique :

Obs. 19. — Finsen, *loc. cit.*, p. 38. — La femme S. J..., âgée de 28 ans, opérée en 1857, s'était mariée 3 ans auparavant et devint tout de suite enceinte. Dès le commencement de cette première grossesse, elle éprouva dans la région sus-épineuse droite une douleur considérable. Au bout de quelque temps, elle découvrit une petite tumeur. La douleur diminua un peu. La tumeur était superficielle, dure et grosse comme une noisette. Pendant la première moitié de la grossesse, la tumeur atteignit la grosseur d'un œuf de pierrot et en même temps les douleurs diminuèrent graduellement; puis elle resta stationnaire pendant les 19 semaines qui suivirent l'accouchement. Etant devenue encore enceinte à cette époque, la malade eut de nouveau, dans la tumeur, des douleurs insupportables, rémittentes, mais qui cependant ne cessaient jamais tout à fait. La tumeur augmenta en volume jusqu'à la fin

de la première moitié de la grossesse et atteignit le volume d'un œuf de cane qu'elle présentait lorsque je l'examinai... »

Obs. 20. — Christoph Fahrner (*Beiträge zur praktischen und theoretischen Arzneykunde*, 1899, vol. II, n° 11, p. 98) a observé un cas de kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale*. La malade, âgée de 30 ans, s'aperçut de la tumeur pendant les suites de couches, il y a 2 ans. Dans la grossesse qui suivit, la tumeur augmentait tous les jours et la malade succomba au 5e mois de la grossesse, pendant une quinte de toux.

Obs. 21.— Spath, *Medicinisches Correspondenzblatt des Würtlemberg. arztl. Vereines*, 1852, XXII, p. 20. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale, du crâne, du cœur, du poumon*, chez une femme de 34 ans. La maladie a commencé il y a un an et la femme mourut au bout du 4e mois de la grossesse qui a sûrement accéléré le développement de kystes dont quelques-uns étaient du volume d'une tête de fœtus.

Obs. 22. — Demons (voir observ. XXVII, p. 181). — Kyste hydatique *de l'ovaire droit, du mésentère et de l'épiploon* chez une femme de 28 ans. Pendant la 2e grossesse, « la tumeur augmentait de volume et faisait une légère saillie à l'abdomen ».

Obs. 23. — Thornton Knowsley, *The medical Times and Gazette*, 1878, II, p. 565. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale et pelvienne* chez une femme de 32 ans. La malade s'aperçut de la tumeur 3 mois après son premier accouchement; pendant la 2e grossesse, le ventre augmentait plus que d'ordinaire et on pouvait palper de nouvelles tumeurs au bas-ventre.

Obs. 24. — Helferich. Voir P. Fischer, *Beitrag zur Statistik der Echinococcenkrankheit in Pommern*, etc. Inaug. Dissert., Greifswald, 1888, p. 21. — Kyste hydatique *sous les muscles dans la ligne axillaire gauche, accolé aux dernières côtes*. Il y a 3 ans que la malade y remarqua une tumeur du volume d'une noix qui augmentait très lentement. Pendant la grossesse et surtout après l'accouchement, la tumeur augmentait rapidement de volume.

Obs. 25. — Schlegtendal, *Archiv für klinische Chirurgie*, 1886, vol. XXXIII, p. 213. — Kyste hydatique du *foie* chez une

femme de 37 ans. Pendant la 2e grossesse, la tumeur augmentait plus rapidement.

Obs. 26. — Rosenbaum, *Bulletin de l'hôpital de Saint-Michel* à Tiflis, 1890, p. 98 (en russe), cité par Nadeschdin dans *Archives russes de chirurgie*, 1895, p. 79, obs. CCXXIX. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale*. Laparo-échinococcotomie incomplète. Les kystes restés dans l'abdomen augmentaient rapidement de volume pendant la grossesse qui suivit.

Obs. 27. — Rosenthal, *Uber den Echinococcus der Muskeln*. Inaug. Dissert., Berlin, 1888, p. 5. — Kyste hydatique de la *région temporale gauche* chez une femme de 29 ans. La tumeur augmentait lentement, mais pendant la grossesse, et surtout après l'accouchement, son accroissement était plus rapide.

Obs. 28. — Batchelor, *The Australian Medical Journal*, 1883, p. 241. — Kyste hydatique de la *face inférieure du foie* chez une femme de 34 ans. Accroissement rapide pendant la grossesse.

Obs. 29. — Perchin, *Journal de la Société méd. de Kazan*, 1889, juin-juillet, p. 7 (en russe). — Kyste hydatique *rétro-péritonéal au-dessous du foie*, chez une femme de 32 ans, opéré au 5e mois de la grossesse. Depuis deux mois, le kyste augmentait très rapidement de volume.

Obs. 30. — Edwin Pfister, *Correspondenzblatt für Schweiz. Ärzte*, 1896, vol. XXVI, p. 81. — Kyste hydatique *de la glande parotide droite* chez une femme de 24 ans, opéré au 7e mois de la grossesse. — Il y a deux mois, le kyste (remarqué sept ans auparavant) a commencé à augmenter rapidement.

Obs. 31. — Goinard et Sergent, *l. c.* — Kyste hydatique du *sein gauche* chez une femme de 26 ans, remarqué pendant l'allaitement du 3e enfant. Accroissement lent.

Pendant la 4e grossesse (avortement), le kyste augmentait plus rapidement de volume. Pendant la 5e grossesse (avortement), l'accroissement du kyste était de nouveau plus rapide.

3) *Le kyste hydatique peut suppurer pendant une grossesse et aussi se mettre en communication avec son voisinage.*

En voici quelques observations :

OBS. 32.— KRAUS, *Medicin-Correspondenzblatt des Württemberg ärztl. Vereines*, 1839, vol. IX, p. 56. — Kyste hydatique *entre le foie et l'estomac.* Pendant la 1re grossesse la tumeur augmentait graduellement de volume, mais elle diminua après chaque vomissement (matières gélatineuses). Après l'accouchement, la tumeur disparut presque complètement. Pendant la 2e grossesse on a observé de même l'accroissement graduel de la tumeur et diminution après le vomissement.

OBS. 33. — BRICHETEAU, Sur les abcès et les hydatides du foie qui communiquent avec le poumon et sont rejetés par l'expectoration. *Revue médico-chirurgicale de Paris*, t. XII, 1852, p. 70 (observ. II). — Kyste hydatique du *foie* chez une femme de 23 ans, enceinte de 5 mois. Expectoration des vésicules hydatiques.

OBS. 34. — BRIGHT, *Clinical Memoirs on abdominal tumours and intumescence*, 1861, p. 41. — Kyste hydatique du *foie* occupant la cavité abdominale tout entière. Suppuration pendant la grossesse.

OBS. 35. — BUTRUILLE et VINACHE, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1876, t. LI, p. 170. — Kyste hydatique du *foie* suppuré pendant la grossesse. Après l'avortement le kyste se mit en communication avec le canal cholédoque.

OBS. 36. — FORT, cité par S. REMY, *De la Grossesse compliquée de kyste ovarique*, Paris, 1886, p. 95. — Kyste hydatique de l'*ovaire* (probablement du *foie*), opéré au 5e mois de la grossesse. Le kyste contenait 25 litres de pus et d'hydatides.

OBS. 37. — LIANDIER, Des kystes hydatiques du foie, ouverts dans l'estomac, principalement au point de vue du pronostic. *Gazette médic. de Paris*, 1883, p. 611. — Deux tumeurs dans la région épigastrique. Pendant les 6 derniers mois de la 2e grossesse les tumeurs devenaient tellement douloureuses que la malade ne put sortir de son lit. Dans les derniers temps de la grossesse elle vomit

quelques petites boules blanches. Le jour de l'accouchement, la malade, prise de violents efforts de vomissements, vomit de petites boules d'un jaune clair ; les mêmes productions se retrouvèrent dans les selles.

Obs. 38. — P. Wieland, *Vier Fälle von Echinococcus in der Abdominalhöhle*. Inaug. Dissert. Breslau, 1886, p. 25. — Kyste hydatique du *tissu cellulaire du bassin*, suppuré pendant la grossesse et ouvert dans le vagin. Avortement.

Obs. 39. — Krukenberg, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*, t. XIX, p. 379. — Kyste hydatique suppuré de la *région rénale droite* chez une femme de 26 ans ; au 7e mois de la grossesse elle rendit des hydatides et du pus avec l'urine.

Obs. 40. — Barnes, A case of hydatid tumours of the omentum complicated by pregnancy with placenta prævia. *Provinc. Medic. Journal Leicester*, 1891, vol. X, p. 328. — Kystes hydatiques de l'*épiploon et de la cavité pelvienne*, opérés pendant le premier temps de la grossesse. Un kyste, adhérent aux anses intestinales, était « partiellement suppuré ».

Obs. 41. — Gerster, *New-Yorker medicin. Monatsschrift*, 20 avril 1897. — Kyste hydatique du *rein droit* ouvert dans les voies urinaires au 6e mois de la grossesse.

Obs. 42. — Jordan, voir Mikucki, *Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynækol.*, 1897, vol. VI, p. 543. — Kyste hydatique du *foie*, suppuré pendant la grossesse. Opération au 7e mois de la grossesse.

Obs. 43. — Le Noir et G. Leven, *Archives générales de médecine*, LXXVII (nouv. sér., vol. IV), 1900, p. 486. — Kyste hydatique du *foie* évacué par l'intestin au 3e mois de la grossesse.

Obs. 44. — Tédenat, Observation inédite, publiée dans le 2e chapitre de ce travail. — Kyste hydatique du *foie* suppuré, opéré au 4e mois de la grossesse.

Dans aucun de ces 13 cas le kyste n'a été ponctionné auparavant. Il est à regretter que le pus n'ait pas une seule fois été

soumis à la recherche bactériologique, ce qui faciliterait de beaucoup plus l'explication de ce phénomène bien remarquable. Comme nous l'avons constaté, les kystes hydatiques suppurent proportionnellement bien souvent pendant la grossesse, tandis que les kystes de l'ovaire ne subissent cette transformation qu'exceptionnellement.

S. Remy (1), qui a réuni dans son livre 257 cas de grossesse compliquée de kyste ovarique, ne note qu'un seul cas de suppuration du kyste pendant la grossesse. Dsirne (2) rapporte 135 cas d'ovariotomie pendant la grossesse ; dans aucun de ces cas le kyste n'était suppuré, bien qu'on ait dix fois observé la torsion du pédicule. A. Martin (3), qui a observé lui-même 70 cas de grossesse compliquée de kyste ovarique, fait remarquer que la suppuration du kyste ovarique pendant la grossesse est très rare.

4) *Pendant la grossesse on a observé deux fois une rupture d'un kyste hydatique du foie dans la cavité abdominale* :

Obs. 45. — Hallgrimson, cité d'après Jonassan, *Ekinokoksygdommen*, etc., p. 102. — Rupture d'un kyste hydatique du *foie*, au 9e mois de la grossesse, chez une femme de 33 ans. Accouchement normal. Ponction du ventre 3 mois après la rupture du kyste.

Obs. 46. — Bar et Blandin, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1901, p. 243. — Rupture d'un kyste hydatique du *foie* chez une femme enceinte de 3 mois. Intoxication hydatique à forme dyspnéique. Laparotomie. Guérison.

Beaucoup de malades *éprouvaient pendant la grossesse de vives douleurs dans la région où elles ont trouvé la tumeur ensuite*. Quelquefois aussi le kyste hydatique, qui ne causait aucun inconvénient auparavant, devient bien volumineux pendant une grossesse.

---

(1) S. Remy, *De la Grossesse compliquée de kyste ovarique*. Paris, 1886, p. 94, Baillière et fils.

(2) Dsirne, Die Ovariotomie in der Schwangerschaft. *Archiv für Gynækologie*. t. XLII, 1892, p. 415.

(3) A. Martin, *Die Krankheiten der Eierstöcke*, vol. I, 1899, p. 495.

D'après ce que nous venons d'exposer, *l'influence de la grossesse sur les kystes hydatiques est assez souvent défavorable.*

Un seul cas, et, de plus, incertain et pas assez éclairé, prouverait une influence favorable de la grossesse :

Obs. 47. — Seidel (*Ienaische Zeitschrift für Medicin und Naturwissenschaften*, 1864, I, p. 289) a observé une tumeur du *foie* chez une femme de 18 ans. Frémissement hydatique. Après un accouchement, la tumeur disparut.

Girdlestone (1) et Malcolm (2) ont observé que la grossesse, par l'accroissement progressif de l'utérus, a facilité l'évacuation des sécrétions et l'oblitération de la poche après l'opération d'un kyste hydatique (marsupialisation).

B) **L'influence du travail et des suites de couches sur les kystes hydatiques.** — Cette influence se fait remarquer particulièrement chez les kystes hydatiques de la cavité pelvienne et abdominale. Elle est, comme nous allons l'exposer, bien souvent défavorable. En général, le danger du travail consiste dans la compression du kyste, et celui des suites de couches dans l'infection et l'inflammation du kyste.

1) *Un kyste hydatique peut se rompre pendant le travail et son contenu peut s'épancher dans le voisinage ; aussi, il peut être expulsé, au-devant de la partie fœtale, par une déchirure dans la paroi vaginale.*

Nous en avons parlé dans le premier chapitre de notre travail (voir pp. 193-194).

La rupture d'un kyste hydatique peut se produire aussi quelques jours après l'accouchement.

En voici quelques observations :

Obs. 48. — Finsen, *l. c.*, p. 75. — H. J..., âgée de 30 ans, portait

(1) Girdlestone, Suppurating hydatid of the abdomen in a pregnant woman treated by free incision of the cyst. *Australian Medical Journal*, 1888, vol. X, p. 537.

(2) Malcolm, *The Lancet*, 1895, I, p. 1505.

au moins depuis 6 ans un échinocoque au foie, lorsque pendant l'été de 1863 elle accoucha, sans l'intervention de l'art, d'un enfant mort-né. Le 3e jour de ses couches elle fut tout à coup saisie de vives douleurs dans l'abdomen. En même temps, la tumeur du foie disparut, et, peu de temps après, la peau devint le siège d'un exanthème papuleux. La malade mourut au bout de 5 semaines. A l'autopsie, on trouva une poche adhérente partout à la paroi abdominale en avant et à la surface antérieure des intestins, en arrière constituée par une masse plastique et formant une cavité fermée de toute part. Sous le *lobe droit du foie*, situé en dehors de cette cavité, se trouva la capsule fibreuse de l'échinocoque, laquelle faisait voir une ouverture.

Depaul a observé une mort subite le 3e jour après l'accouchement dont la cause était bien intéressante.

Obs. 49. — Depaul, cité par A.-E. Mordret, dans son mémoire: De la mort subite dans l'état puerpéral. *Mémoires de l'Académie impériale de médec.*, t. XXII, p. 206, 1858. Séance du 15 déc. 1857. — Une jeune femme, accouchée trois jours auparavant, fraîche et bien portante, mourut subitement. A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique de la *cloison interne auriculaire* qui venait de se rompre.

Un fait assez curieux a été observé par Chaussier:

Obs. 50. — L. Chaussier, Procès-verbal de la distribution des prix faite aux élèves sages-femmes de la Maternité, le 29 juin 1807. *Journal de médec. par Corvisart*, t. XIV, p. 230, 1807. — Femme âgée de 22 ans, IIpare. Au 7e mois de la grossesse elle était attaquée d'insensibilité et de paralysie des membres inférieurs. Accouchement spontané, rapide, presque sans douleur. Enfant vivant, pesait 5 kilogrammes. Les premiers jours qui suivirent l'accouchement se passèrent fort bien, et la malade commença à allaiter son enfant ; mais, à des intervalles éloignés, elle éprouvait des élancements passagers, des soubresauts douloureux tout le long des membres inférieurs. Le soir du 4e jour, fièvre, oppression, pouls serré, fréquent, suppression des lochies, selles et mictions involontaires. Mort le 10e jour. A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique sur le *côté droit des vertèbres dorsales* (2e, 4e). En ouvrant le rachis, on y trouva une douzaine de vésicules hydatiques pénétrant

dans le rachis par le trou latéral droit de la 4e vertèbre qui remontaient jusqu'à la hauteur de la 1re vertèbre du dos.

On doit soupçonner que, pendant le travail ou bientôt après, la partie du kyste qui pénétrait dans le rachis se rompit, et que les vésicules hydatiques pénétrèrent ensuite, par la déchirure, dans le canal rachidien. Cette opinion est prouvée aussi par des élancements passagers et par des soubresauts douloureux que la malade éprouva pendant les 4 premiers jours après l'accouchement.

2) *Le kyste hydatique peut suppurer pendant les couches et aussi s'ouvrir, se mettre en communication avec son voisinage.*

Obs. 51. — Zeller, Baldinger's, *Neues Magazin für Arzte*, t. X, vol. IV, p. 345, 1788, a observé l'ouverture d'un kyste hydatique de *la cavité abdominale* dans l'utérus, le rectum et la vessie, 4 mois après l'accouchement. La suppuration du kyste a commencé dans les suites de couches.

Obs. 5. — Balme, Fièvre hectique laiteuse, pendant laquelle furent rendues des hydatides par les selles et par le vomissement. *Journ. de médec., chir., pharm.*, etc., t. LXXIV, p. 339, 1790. — Kyste hydatique du *foie* (probablement). Fièvre pendant les suites de couches. Deux mois après l'accouchement, la malade rendit, par le vomissement, un liquide bilieux, très fétide, et 23 vésicules hydatiques flétries. Le même jour, on trouva des vésicules hydatiques aussi dans les selles. Vomissements répétés, épuisement ; mort 4 mois après l'accouchement.

Obs. 53. — Granville, d'après Filt (1) (On the pathology of the chronic forms of ovarian disease. *The Lancet*, 1849, II, p. 630), a observé une tumeur de *l'ovaire* (?) à la fin de la grossesse. Refoulement de la tumeur, fixation par un bandage. Trois semaines après l'accouchement la tumeur s'ouvrit à travers la paroi abdominale ; issue d'une hydatide mère et des hydatides filles.

Obs. 54. — Forster, *Archiv der Heilkunde*, 1862, t. III, p. 277. — Kyste hydatique du *foie* ouvert dans l'estomac bientôt après un avortement. Mort.

---

(1) Nous n'avons pu trouver cette observation dans *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. XLVII, cité par Filt.

Obs. 55. — Thomas Annandale, Case of large hydatid tumour of the omentum treated successfully by a free incision, with antiseptic precautions. *British Medical Journal*, 1877, I, p. 99. — Kyste hydatique *de l'épiploon* suppuré bientôt après un accouchement. Opération ; guérison.

Obs. 56. — Greyer, *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1878, IV, p. 391. — Kyste hydatique du *foie* suppuré après une fausse couche. Ouverture du kyste dans l'intestin. Rétablissement lent.

Obs. 57. — Lazaretvitch-Bril, voir obs. 15, p. 177. — Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas, intimement uni avec la paroi postérieure de l'utérus. Ouverture du kyste dans l'utérus, 7 jours après l'accouchement. D'après Lazarevitch, les hydatides ont été évacuées aussi par le rectum.

Obs. 58. — Ginxbourg, voir obs. 17, p. 177. — Kyste hydatique du *segment inférieur de l'utérus*, en arrière ; kyste hydatique du *foie* et de *l'épiploon*. Expulsion de vésicules hydatiques par la voie vaginale, 4 semaines après l'accouchement. Plus tard, l'expectoration des membranes et des vésicules hydatiques.

Obs. 59. — Iakovlev, *Protocoles de la Société médic. de Tambov* (en russe), 1890, nos 7 et 8, p. 204. — Une femme de 36 ans s'aperçut après un accouchement normal d'une tumeur dans l'abdomen qui augmentait rapidement de volume ; au bout de 2 mois, la tumeur remplit la cavité abdominale presque entière. On diagnostique un kyste suppuré de l'ovaire ; à l'opération on trouva un kyste hydatique suppuré du *lobe gauche du foie*.

Obs. 60. — O. Schmidt, voir obs. 25, p. 181. — Suppuration d'un kyste rétropéritonéal, situé *en arrière de l'os iliaque*, après l'accouchement. Opération pendant les suites de couches. Guérison.

Obs. 61. — Chibret, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1891, p. 319 ; et Peyrot, *Archives de tocologie*, 1892, p. 858. — Kyste hydatique calcifié du *rein droit* avec suppuration intra et périkystique, découvert à l'autopsie chez une femme âgée de 28 ans, morte par septicémie au bout de 2 mois après une fausse couche. Chibret y fait remarquer : « Il est, en outre, remarquable de cons-

tater l'évolution de ce kyste, resté à l'état latent pendant de longues années, sans causer aucun trouble appréciable à la malade qui s'était toujours bien portée auparavant, et qui devint brusquement le siège d'accidents graves au cours d'une infection puerpérale. Le contenu du kyste était probablement suppuré depuis longtemps, puisque sa paroi était calcifiée, mais la suppuration périkystique a été certainement causée par l'infection partie de l'utérus ».

Obs. 62. — Kolli, *Vratchebnia Zapisky*, 1895, n° 11 (en russe). — Kyste hydatique suppuré *du fémur et de l'os iliaque droit* chez une femme de 72 ans ; elle s'aperçut de la tumeur il y a 7 ans. Infection puerpérale après un accouchement. Opération du kyste suppuré, 3 semaines après l'accouchement ; mort 8 jours après par septicémie. La suppuration du kyste a été causée, sans doute, par l'infection puerpérale, bien que l'auteur ne semble pas partager cette opinion.

Obs. 63. — Reboul (de Nîmes), *Archives provinciales de chirurgie*, 1896, n° 1. — Kyste hydatique de *la rate* avec perforation du diaphragme. En juillet 1894, une fausse couche de 4 mois et demi ; sous cette influence la tumeur s'accroît notablement. Opération le 22 août 1894. Mort le 12 février 1895. A l'autopsie, on trouva encore deux kystes hydatiques *suppurés de la face interne de l'hémisphère droite* communiquant entre eux et ayant fait irruption dans le ventricule latéral droit.

Obs. 64. — Pericic et Lalic (*Wiener medicin. Presse*, 1897, p. 954, obs. 7) ont opéré un kyste hydatique du *foie* chez une femme âgée de 26 ans. Une fausse couche, il y a 6 semaines. Aussitôt après, elle s'aperçut de la tumeur et, il y a quelques jours, elle rendit une vésicule hydatique par le vomissement.

Obs. 65. — Le Fur (*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1899, p. 365) fait remarquer à son cas de kyste hydatique suppuré du *rein droit* : « Au point de vue étiologique, la suppuration s'est produite à l'occasion d'une infection puerpérale, comme le fait est fréquent à propos des kystes du foie. »

Obs. 66. — Karewski, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1899 p. 725. — Kyste hydatique *rétropéritonéal au-dessous du rein droit*, suppuré dans les suites de couches.

Obs. 67. — Konitzer, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1900, vol. LVI, p. 549. — Kystes hydatiques *multiples du foie* ; suppuration ou pendant la grossesse, ou, plus probablement, dans les suites de couches.

Obs. 68. — Dans notre observation personnelle, un kyste hydatique *du ligament large gauche* a suppuré après une fausse couche au 3e mois.

Dans les 18 cas que nous avons rapportés, on n'a fait pas une seule fois une ponction du kyste auparavant. Il paraît que la cause de la suppuration était le plus souvent une *infection puerpérale*, mais la preuve incontestable y manque, le pus n'ayant été pas une seule fois soumis à la recherche bactériologique.

Au cours des suites de couches les kystes hydatiques deviennent quelquefois très douloureux, bien que la suppuration n'y ait pas eu lieu, ce qui est facile à expliquer par les altérations inflammatoires autour du kyste qui aboutissent à l'adhésion large à son voisinage. On rencontre ce phénomène aussi chez les kystes de l'ovaire. Tels sont, par exemple, les faits de Zivopiscev (1) (kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale), de Spizarny (2) (kyste hydatique du foie), de Faguet (3) (kystes hydatiques du foie), de Hofmokl (4) (kyste hydatique du foie).

En parcourant les antécédents dans les cas de kystes hydatiques de différents organes, nous pouvons constater très souvent que *la malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur bientôt après un accouchement ou après une fausse couche*, ou que la tumeur a été trouvée par un médecin, qui, par hasard, a examiné la malade dans cette époque-là.

En voici quelques observations :

---

(1) Zivopiscev, *Annales de chirurgie*, 1892, t. II, p. 892 (en russe).
(2) Spizarny, *Annales de chirurgie*, 1893, t. III, p. 224 (en russe).
(3) Faguet, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1891, n° 22, p. 263.
(4) Hofmokl, *Wiener medic. Presse*, 1868, vol. IX, n° 40, p. 937.

OBS. 69. — O. ALBERTS, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1878, vol. XV, p. 317. — Kyste hydatique *antérénal droit*. La malade, âgée de 28 ans, éprouvait bientôt après l'accouchement de vives douleurs dans le flanc droit et s'aperçut, en même temps, de l'augmentation du ventre.

OBS. 70. — TH. ANNANDALE, *l. c.* — Kyste hydatique de *l'épiploon* remarqué quelques semaines après le premier accouchement.

OBS. 71. — BARDELEBEN, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1883, p. 825. — Kyste hydatique de *l'os coxal gauche*. Accouchement en novembre 1882. En janvier 1883, la malade s'aperçut d'une tumeur dans la région inguinale gauche.

OBS. 72. — BÉRAUD (service de MICHON), *Des hydatides des reins*. Thèse de Paris, 1861, p. 85, obs. 38. Voir aussi : MAGDELAIN, *Des kystes séreux et acéphalocystiques de la rate*, Paris, 1868. Germer Baillière, édit., p. 40, obs. 16. — Kyste hydatique *du rein gauche ou de la rate* chez une femme âgée de 21 ans, remarqué après un accouchement.

OBS. 73. — BÉRAUD (service de NÉLATON), *l. c.*, p. 80, obs. 36. Voir aussi MAGDELAIN, obs. 15, p. 36. — Kyste hydatique du *rein gauche ou de la rate*, chez une femme de 18 ans. Accouchement en novembre, et en décembre la malade s'aperçut de la tumeur.

OBS. 74. — J. BOECKEL, *l. c.* — Kyste hydatique du *rein gauche* remarqué 3 semaines après le dernier accouchement.

OBS. 75. — BRUTÉ, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, vol. XLIII, 1868, p. 301. — Kystes hydatiques *du foie*. Cette tumeur a paru à la suite d'un accouchement.

OBS. 76. — CH. DOHRN, *Über die operative Behandlung der Echinococcen der Bauchhöhle*. Inaug. Dissert. Halle a. S., 1883, p. 31. — Kyste hydatique du *foie*, remarqué après le dernier accouchement, il y a 4 ans.

OBS. 77. — FAGUET, *l. c.* — Kystes hydatiques du *foie*. « Dès le lendemain de sa délivrance, la malade éprouvait de vives douleurs dans le côté droit du ventre et, portant alors la main à ce niveau,

elle y constata l'existence d'une tumeur qui jusqu'à ce moment-là ne s'était révélée par aucun symptôme. »

Obs. 78. — Chr. Fahrner, *l. c.* — Kyste hydatique de la *cavité abdominale.* « Des dernières couches, il y a 2 ans, la malade a une tumeur dans la région ombilicale qui augmentait lentement, mais continuellement de volume et qui a occupé la cavité abdominale tout entière. »

Obs. 79. — Fehleisen, *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1888, p. 1003. — Kyste hydatique de *la rate.* Accouchement prématuré en mai 1883. Pendant les couches, la malade éprouvait de vives douleurs dans l'hypochondre gauche et en août 1883 elle y remarqua une tumeur.

Obs. 80. — Fitzgerald, *Australian Medical Journal*, 1880, vol. II, p. 206. — Kyste hydatique du *foie* adhérent à l'épiploon, remarqué après le 2e accouchement, il y a 20 ans.

Obs. 81. — Gérard-Lancereaux, *Des Kystes hydatiques du péritoine.* Thèse de Paris, 1876, p. 44. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale et pelvienne.* L'augmentation du ventre a commencé après un accouchement, il y a 6 ans.

Obs. 82. — E. Hahn, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1895, p. 576. — Kyste hydatique de *la rate*, remarqué après le dernier accouchement.

Obs. 83. — Dunbar Hooper, Suppurating hydatid of broad ligament, with rotation of the pedicle. *Australian Medical Journal*, 1895, vol. XVII, p. 359 (obs. III). — Kyste hydatique suppuré *du ligament large gauche.* La malade s'aperçut de la tumeur 4 jours après son dernier accouchement, il y a 16 mois.

Obs. 84. — Chavannaz-Larre, voir obs. XXVI, p. 181. — Kyste hydatique de *l'os coxal gauche* remarqué après le 2e accouchement, il y a 15 ans.

Obs. 85. — Imlach, A case of renal hydatids treated by abdominal incision. *British Medical Journal*, 1887, II, p. 17. — Kyste

hydatique du *rein gauche* remarqué bientôt après le 1er accouchement, il y a 25 ans.

Obs. 86 (1). — Kexmarsxky. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale et pelvienne.* La malade s'aperçut de la tumeur après le 2e accouchement, il y a 5 ans.

Obs. 87. — P. Le Damany (service de Auger), *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1895, p. 130. — Kystes hydatiques *du mésocôlon* chez une femme âgée de 22 ans. Il y a 3 ans qu'elle remarqua, bientôt après le 1er accouchement, une tumeur qui augmentait lentement. Après le 2e accouchement, il y a un an, la tumeur augmentait notablement et quelques mois après la malade s'aperçut d'une 2e tumeur.

Obs. 88. — Longuet, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1872, vol. XLVII, p. 451. — Kyste hydatique *du rein* gauche remarqué après un accouchement prématuré.

Obs. 89. — Murchison, *Leçons cliniques sur les maladies du foie*, 1878, p. 94, obs. XIX. — Kyste hydatique du *lobe gauche du foie* remarqué après le dernier accouchement.

Obs. 90. — Murchison, *Ibidem*, p. 108, obs. XXIX. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale.* Trois mois après son premier accouchement, la malade s'aperçut d'une tumeur dans l'hypocondre droit.

Obs. 91. — Neisser, *Die Echinococcenkrankheit*, etc., p. 201. — Kyste hydatique de la *cloison recto-vaginale* pénétrant à travers le foramen ischiad. maj. dextr. sous le grand fessier. La malade s'aperçut de la tumeur après un accouchement, il y a 12 ans.

Obs. 92. — Péricic et Lalic, *l. c.*, p. 954, obs. VII. — Kyste hydatique du *foie* remarqué bientôt après une fausse couche.

Obs. 93. — Alfonso Poggi (*l. c.*, pp. 12 et 17) a publié *deux* cas de kyste hydatique de la *cloison recto-vaginale.* Dans l'un et l'autre cas, les premiers symptômes de la tumeur ont été observés après les suites de couches.

(1) Communiquée par une lettre due à l'obligeance de M. le professeer Kexmarsxky, à qui nous adressons nos plus sincères remerciements.

Obs. 94. — Pollosson, *Lyon médical*, 1893, vol. LXXIV, p. 37. — Kyste hydatique du *rein gauche* remarqué bientôt après une fausse couche.

Obs. 95. — Pozzi, *Gazette médicale de Paris*, 1888, p. 303. — Kyste hydatique *du foie* remarqué après le dernier accouchement.

Obs. 96. — Rosenstein et Sanger, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1873, p. 229. — Kyste hydatique de *la rate*. Douleurs dans l'hypochondre gauche pendant la grossesse et surtout après le travail qui ne cessèrent pas depuis. Un an après, la malade s'aperçut d'une tumeur dans la région douloureuse.

Obs. 97. — Rowan-Meyer, *Australian Medical Journal*, 1885, vol. VII, p. 308. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale et pelvienne*. La malade remarqua la tumeur après un accouchement.

Obs. 98. — Smith Thomas, *British Medical Journal*, 1868, I, p. 97. — Kyste hydatique *du foie* (probablement) remarqué aussitôt après le dernier accouchement, il y a 8 ans.

Obs. 99. — Sanger, Beitrag zur transperitonealen Nephrektomie. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1892, vol. XXXIV, p. 376. — Kyste hydatique du *rein droit* remarqué aussitôt après le dernier accouchement.

Obs. 100. — Thornton Knowsley, *l. c.* — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale et pelvienne*. La malade s'aperçut de la tumeur 3 mois après l'accouchement.

Obs. 101. — West Sam, *Ss. Bartholom's Hospital Reports*, 1882, vol. XVIII, p. 40 (*Medical Report*). — Kyste hydatique *de la paroi antérieure du vagin* remarqué après un accouchement. Plus tard, à l'autopsie, on trouva des kystes hydatiques multiples dans la cavité péritonéale.

Obs. 102. — Zeller, *l. c.* — Kyste hydatique de la *cavité abdominale* trouvé 3 mois après l'accouchement.

Obs. 103. — Ziege, *Beitrag zur operativen Behandlung der Echi-*

nococcen in den Organen der Bauchhohle. Inaug. Dissert., Berlin, 1887, pp. 21 et 25. — *Deux* cas de kyste hydatique du *foie;* dans l'un et l'autre les malades ont remarqué la tumeur après le dernier accouchement.

Obs. 104. — Spizarny (clinique du professeur Sklifosofsky), *l. c.*, obs. II. — Kyste hydatique du *foie* remarqué 7 jours après l'accouchement.

Obs. 105. — Iakovlev, *Protocoles de la Société méd. de Tambov*, 1890, nos 7-8, p. 204 (en russe). — Kyste hydatique du *lobe gauche du foie* remarqué après le dernier accouchement.

Obs. 106. — Iakovlev, *Annales de chirurgie russe*, 1898, n° 4, p. 584 (en russe). — Kyste hydatique *de la rate* remarqué 4 jours après le dernier accouchement.

Dans tous les 40 faits que nous avons rapportés, la tumeur a été remarquée ou encore pendant les suites de couches, ou bientôt après et, en pareil cas, de vives douleurs ont, au moins, précédé pendant les couches dans cette région où on a trouvé la tumeur ensuite.

On peut aussi assez souvent constater un développement rapide de kystes hydatiques après un accouchement ou après une fausse couche.

Telles sont, par exemple, les observations qui suivent :

Obs. 107. — Bright, *l. c.*, obs. XV, p. 50. — Kyste hydatique du *foie* chez une femme âgée de 35 ans. Accroissement de la tumeur après le 1er accouchement.

Obs. 108. — Hofinokl, *l. c.* — Kyste hydatique du *lobe gauche du foie* chez une femme âgée de 32 ans. Il y a 10 semaines, elle remarqua, à la fin d'une grossesse, une tumeur sous le sein gauche; après l'accouchement, il y a 5 semaines, la tumeur augmentait rapidement et était très douloureuse.

Obs. 109. — J.-D. Heaton, *British medical Journal*, 1874, II, p. 557. — Kyste hydatique du *foie* du volume d'une orange chez une femme âgée de 20 ans. Il y a 3 ans qu'elle remarqua une petite

tumeur qui, pendant ce temps, ne variait point de volume. Après un accouchement, la tumeur commença à se développer évidemment.

Obs. 110. — Paul Boncour (*Piéchaud*), *Des kystes hydatiques des membres*, p. 42. Paris, 1878, A. Parent, éd. — Kyste hydatique de *l'avant-bras gauche*, du volume d'un œuf de poule, chez une femme âgée de 25 ans. Elle s'en aperçut, il y a 4 ans, quand il avait le volume d'une aveline. La tumeur resta presque stationnaire jusqu'à la fin de sa première grossesse et elle prit un accroissement considérable ensuite.

Obs. 111. — Krause Fedor (clinique de Volkmann) : *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, n° 325, p. 21 (observ. VII). Voir aussi : Ch. Dohrn, Inaug. Dissert. Halle, 1883, p. 25. — Kyste hydatique du *lobe gauche du foie* chez une femme âgée de 26 ans. A l'âge de 19 ans, elle s'aperçut d'une petite tuméfaction dans l'hypochondre gauche qui resta stationnaire jusqu'à l'âge de 22 ans. A ce temps, elle accoucha la première fois et, à la suite, la tumeur commença à se développer rapidement.

Obs. 112. — Granville-Bantock, One hundred consecutive cases of abdominal section. *The Lancet*, 1887, I, p. 568. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale* chez une femme âgée de 25 ans. Il y a 7 ans qu'elle remarqua une tumeur dans la région de l'estomac. Après un accouchement, il y a 9 mois, le développement de la tumeur était très évident.

Obs. 113. — J. Boeckel, *l. c.* — Kyste hydatique du *rein gauche*. La malade s'aperçut de la tumeur après le dernier accouchement quand elle avait le volume d'un poing d'enfant ; la tumeur prit un accroissement rapide ensuite, et au bout de six mois elle avait le volume d'une tête d'enfant.

Obs. 114. — Ziege, *l. c.* — Kyste hydatique de la *rate*, développé rapidement après le dernier accouchement.

Obs. 115. — P. Fischer (clinique de Helferich), *Beitrag zur Statistik der Echinococcenkrankheit in Pommern, speciell in Neuvorpommern.* Inaug. Dissert., Greifswald, 1888, p. 21. — Kyste hydatique *sous les muscles* dans la ligne axillaire gauche, accolé

aux dernières côtes. La malade s'aperçut de la tumeur il y a 3 ans; elle avait le volume d'une noix, et deux ans après, celui d'un œuf de poule. Pendant la grossesse, son accroissement était un peu plus rapide. Après l'accouchement, il y a 4 semaines, elle prit un développement considérable et atteignit un tel volume que sa base avait 18 centimètres de longueur et 15 centimètres de largeur.

Obs. 116. — C. Rosenthal, *Uber den Echinococcus der Muskeln.* Inaug. Dissert., Berlin, 1888, p. 5. — Kyste hydatique de la *région temporale gauche.* La malade, âgée de 29 ans, remarqua la tumeur 3 ans auparavant; son accroissement était bien lent. Ce n'était que pendant le dernier temps de la grossesse, et surtout après le travail, qu'elle prit un accroissement évident.

Obs. 117. — Henry Morris, *The Lancet*, 1889, I, p. 477. — Kyste hydatique du *foie* du volume d'une pomme, stationnaire depuis 2 ans et demi; l'accroissement après un accouchement.

Obs. 118. — E. Potherat, *Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie*, p. 93. Paris, 1889, Steinheil, éd. — Kyste hydatique du *foie*, remarqué 15 mois auparavant; il avait le volume d'un œuf de poule. Après une fausse couche, il y a 5 mois, accroissement de la tumeur, apparition de palpitations et de gêne de la respiration.

Obs. 119. — Sanger, *l. c.* — Kyste hydatique du *rein droit.* La malade, âgée de 43 ans, s'aperçut de la tumeur après le dernier accouchement; elle avait le volume d'une pomme. Au cours de 11 mois, elle atteignit le volume d'une tête d'homme.

Obs. 120. — Zivopiscev, *Annales de chirurgie* (en russe), 1892, vol. II, p. 892. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale et pelvienne* chez une femme âgée de 35 ans. La tumeur, qui a été remarquée 13 ans auparavant, augmentait très lentement de volume, elle n'a point incommodé la malade; mais après le dernier accouchement, il y a 3 ans, elle a commencé à se développer rapidement et la malade éprouvait des douleurs dans le ventre.

Obs. 121. — H. Le Damany, *l. c.* — Kystes hydatiques du *mésocôlon.* La tumeur, remarquée bientôt après le premier accouche-

ment, augmentait lentement de volume ; après le 2ᵉ accouchement, accroissement rapide.

Obs. 122. — J. Malcolm, Cases of liver-and gall-duct surgery, *The Lancet*, 1895, I, p. 1505 (obs. IV). — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale et pelvienne* opérés trois fois. Grossesse après la 2ᵉ opération. Les kystes restés dans la cavité abdominale et pelvienne augmentaient considérablement de volume après l'accouchement.

Obs. 123. — Lehne, Langenbeck's, *Archiv für klinische Medicin*, 1896, vol. LII, p. 555. — Kyste hydatique du *sein gauche*. L'apparition et l'accroissement rapide de la tumeur après le premier accouchement ; la malade, âgée de 25 ans, n'a pas allaité son enfant.

Obs. 124. — Pericic et Lalic, *l. c.* — Kyste hydatique du *foie* chez une femme âgée de 40 ans, remarqué depuis plusieurs ans. Après le dernier accouchement, accroissement rapide de la tumeur.

Obs. 125. — Lachmann, *l. c.* — Kyste hydatique du *foie* remarqué pendant la dernière grossesse ; avortement de 5 mois ; accroissement de la tumeur ensuite.

Obs. 126. — Iakovlev, *l. c.* — Kyste hydatique de la *rate* remarqué 4 jours après le 2ᵉ accouchement. Le kyste, qui avait d'abord le volume d'un poing, remplit, pendant une année et demie, la cavité abdominale entière.

Obs. 127. — Kendirjy, *l. c.* — Kyste hydatique de *l'orbite gauche* remarqué au 6ᵉ mois de la grossesse ; 5 mois après l'accouchement, la tumeur a déjà causé une exophtalmie énorme.

Obs. 128. — A. Hahn, *Allgemeine medicin. Central-Zeitung*, 1899, nᵒ 60, p. 755, vol. LXVIII. — Kystes hydatiques *multiples de la cavité abdominale et pelvienne*. Trois accouchements difficiles, opératoires. La tumeur a été remarquée 5 ans dans le flanc droit ; elle avait le volume d'une pomme et ne causait aucun inconvénient. Ce n'est qu'après le dernier accouchement, il y a quelques mois, que la tumeur prit un accroissement très rapide. En même temps, la

malade s'aperçut d'une autre tumeur à gauche. A l'opération, on trouva une tumeur du volume d'une tête de fœtus à droite, une tumeur encore plus grande à gauche, et beaucoup de tumeurs sur le péritoine, dans le cul-de-sac de Douglas, etc.

Le développement des kystes hydatiques est, en général, très lent. Il en était ainsi dans plusieurs cas que nous venons de signaler : leur volume ne variait presque point au cours de 3, 4 ou 5 ans, et même davantage. D'autant plus frappe leur accroissement rapide pendant les couches : dans le fait de *Fischer*, le kyste avait d'abord le volume d'une noix et, 2 ans après, celui d'un œuf de poule ; pendant la grossesse son accroissement était un peu plus rapide, et 4 semaines après l'accouchement sa base avait déjà 18 centimètres en longueur et 15 centimètres en largeur. Dans l'observation de *Pœchel*, la tumeur avait d'abord le volume d'un poing d'enfant ; au cours de 6 mois elle atteignit le volume d'une tête d'enfant. Dans le cas de *Sänger* la tumeur avait le volume d'une pomme, et 11 mois après le volume d'une tête d'homme. Dans l'observation de *Hahva*, le volume de la tumeur ne variait presque point pendant à peu près 5 années, mais 4 mois après l'accouchement elle grossit du volume d'une pomme jusqu'au volume d'une tête d'enfant, et la tumeur de l'autre côté, qui n'a été remarquée qu'après l'accouchement, atteignit pendant ces 4 mois un volume encore plus grand. *Iakovlev* a observé qu'un kyste hydatique, du volume du poing, a tellement augmenté pendant une année et demie qu'il remplit la cavité abdominale entière.

Dans aucun des 22 cas que nous avons cités comme exemples d'un développement rapide pendant ou après les couches les kystes n'étaient suppurés ; leur paroi était intacte, leur contenu limpide.

Selon notre manière de voir, l'apparition de la tumeur pendant les suites de couches ou bientôt après et le développement rapide de la tumeur dans cette époque-là ont lieu encore *sous l'influence de la grossesse*. Dans les 40 cas que nous avons cités le kyste ne s'est point développé pendant les cou-

ches, mais il s'est développé, sans doute, ou pendant la grossesse ou bien encore plus tôt, à cause de son petit volume; au commencement et, plus tard, à cause de l'utérus augmenté de. volume qui empêchait de palper l'abdomen avec plus d'exactitude, le kyste a échappé pendant la grossesse facilement à l'attention de la malade ou du médecin. Après l'évacuation et la diminution de l'utérus d'un côté, et après la relaxation de la paroi abdominale de l'autre côté, le kyste augmenté déjà de volume pendant la grossesse pouvait être plus facilement palpé, soit par la malade elle-même, soit par le médecin, lequel est d'ailleurs beaucoup plus souvent consulté pendant le travail et dans les suites de couches qu'il ne l'est pendant la grossesse.

En ce qui concerne le *développement rapide de kystes hydatiques pendant les suites de couches*, il a été activé et favorisé sûrement déjà pendant la grossesse, mais il a pu passer inaperçu à cause de l'utérus augmenté de volume et aussi à cause de la tension de la paroi abdominale.

D'après ce que nous avons constaté, *l'accouchement et les suites de couches, de même que la grossesse, ont bien souvent une influence défavorable sur les kystes hydatiques.*

Nous n'avons pu trouver, en effet, qu'un seul cas, celui de Konig (1), où l'accouchement et les couches semblent déterminer la transformation et la destruction d'un kyste au-dessus de la symphyse, adhérent aux anses intestinales et à la paroi abdominale dont le caractère hydatique est d'ailleurs bien douteux, ce que l'auteur lui-même avoue en s'expliquant : « un kyste semblable à une poche hydatique ».

L'influence défavorable de la grossesse, du travail et des couches sur les kystes hydatiques nous inspira l'idée de fouiller les statistiques de l'échinocoque, pour nous convaincre, s'il est possible, d'y trouver quelques traces de cette influence.

C'est dans la période de 20 à 40 ans qu'on trouve le plus

(1) Konig, *Der cystiche Echinococcus der Bauchhöhle*. Inaug. Dissert., Göttingen, 1890, p. 37.

grand nombre de cas d'échinocoque. D'après Neisser (1), par exemple, sur 500 cas d'échinocoque, 277, c'est-à-dire 55,4 p. 100 ont été observés dans cette période. D'après Alexinsky (2), cette relation est 51,4 p. 100 (643 sur 1.255 cas), et d'après notre tableau qui suit, 49,5 p. 100 (1.384 sur 2,795 cas).

Chez la femme, cette période renferme, en même temps, la période de la plus grande fécondité, et parce que la grossesse, l'accouchement et les suites de couches peuvent activer et favoriser le développement de kystes hydatiques ou déterminer la suppuration, la perforation ou la rupture du kyste, nous en avons conclu que ce sont les femmes qui auront proportionnellement une grande majorité parmi le nombre des malades dans cette période de la vie, tandis que dans la période ultérieure ce rapport sera probablement inverse.

Avec cette idée nous avons fouillé les statistiques de l'échinocoque de différents pays, surtout de pays où l'échinocoque se trouve plus fréquemment. Nous n'avons pas fait usage des grandes statistiques de Davaine et de Neisser, parce qu'elles contiennent beaucoup de mêmes observations, et aussi des observations citées par Harley, Bœcker, etc. La statistique de Neisser contient d'ailleurs beaucoup d'erreurs; des 27 cas de kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme, par exemple, il faut déduire 15 cas (n°s 4, 6, 12-14, 16-22, 24, 26, 27) qui ne concernent point les kystes hydatiques.

Voici les statistiques dont nous avons fait usage :

1) Schleisner (3) : 385 cas observés en Islande jusqu'à 1849.

2) Harley (4) : 198 cas publiés dans la littérature anglaise jusqu'à 1878.

(1) NEISSER, *l. c.*, p. 71.

(2) ALEXINSKY, *Kystes hydatiques de la cavité abdominale et leur traitement chirurgical* (en russe). Moscou, 1899, p. 13.

(3) SCHLEISNER, cité dans l'ouvrage de COBBOLD, *Entozoa, an introduction to the study of helminthology*, etc., London, 1864, p. 283.

(4) HARLEY, a) 1re partie dans *Medico-chirurgical Transactions*, vol. XLIX, 1866.

b) 2e partie dans *St. Thoma's Hospital Reports*, vol. VIII, 1878, p. 291.

3) Aug. Boecker (1) : 33 cas observés dans l'Institut de Virchow à Berlin (1859 à 1868).

4) Finsen (2) : 245 cas observés par lui en Islande jusqu'à 1869.

5) Jónassen Jónas (3) : 74 cas personnels observés en Islande jusqu'à 1882.

6) Madelung (4) : Statistique de Mecklenbourg (à 1885).

7) Mullins Lane (5) : 101 cas de New-South-Wales (1890 à 1892).

8) Nadeschdin (6) : kystes hydatiques de tous les organes observés en Russie jusqu'à 1893.

9) Wiedmann (7) : kystes hydatiques observés en Poméranie jusqu'à 1895.

10) Pericic et Lalic (8) : kystes hydatiques observés à l'hôpital de Sebenico en Dalmatie, pendant les années 1890 à 1898.

11) Alexinski (9) : kystes hydatiques de la cavité péritonéale observés en Russie jusqu'à 1898.

12) Herrera Vegas et Daniel Cranwell (10) : 970 cas de

---

(1) Aug. Boecker, *Zur Statistik der Echinococcen.* Inaug. Dissert., Berlin, 1868.

(2) Finsen, les Echinocoques en Islande. *Archives génér. de médec.*, janvier 1869.

(3) Jónassen Jónas, *Ekinokoksygdommen belyst ved islandske laegers erfaring.* Copenhague, 1882, p. 18.

(4) Madelung, *Beitrage Mecklenburgischer Arzte zur Lehre von der Echinococcenkrankheit*, Stuttgart, 1885.

(5) Mullins Lane, *The Australasian Medical Gazette*, 1895, vol. XIV, p. 44.

(6) Nadeschdin, *Archives russes de chirurgie*, 1895, p. 42 (éd. russe).

(7) Wiedmann, *Zur Statistik der Echinococcenkrankheit in Vorssommern.* Inaug. Dissert., Greifswald, 1895.

(8) Pericic et Lalic, a) *l. c.* (60 cas).

b) Voir Ad. Posselt, *Die Geographische Verbreitung des Blasenwurmleidens*, etc. Stuttgart, 1900, p. 319 (34 cas).

(9) Alexinski, *l. c.*

(10) Herrera Vegas et Daniel Cranwell, *Los quistes hidatidicos en la Republica Argentina*, Buenos Ayres, 1901.

kystes hydatiques observés en Argentine de l'année 1875 à 1900.

La grande statistique de Thomas (1) (Australie, Tasmanie, Indes anglaises, etc.) est, à notre grand regret, arrangée de telle sorte que noùs n'en pouvons faire usage. Dans la statistique de Osler (2) (Amérique) qui contient 61 cas, manquent très souvent les renseignements concernant l'âge et le sexe.

De ces 12 statistiques nous n'avons choisi que les cas où l'âge et le sexe des malades sont précisément indiqués et nous les avons répartis, dans le tableau qui suit, d'après l'âge et le sexe, en trois groupes :

Ier jusqu'à l'âge de 20 ans.

IIe de 20 à 40 ans.

IIIe au delà de 40 ans.

AUTEURS	Jusqu'à 20 a.		De 20 à 40 ans		Après 40 ans		En somme :		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Tous
Schleisner	31	27	60	86	82	99	173	212	385
Harley	25	25	45	47	20	9	90	81	171
Boecker	4	—	6	10	9	4	19	14	33
Finsen	22	47	21	82	30	43	73	172	245
Jónassen	11	5	11	30	8	9	30	44	74
Madelung	8	17	50	42	27	23	85	82	167
Mullins Lane	15	9	20	24	16	17	51	50	101
Nadeschdin	10	17	42	74	38	32	90	123	213
Wiedemann	11	7	34	39	32	22	77	68	145
Pericic-Lalic	5	5	16	35	23	10	44	50	94
Alexinski	13	19	40	99	22	26	75	144	219
Vegas-Cranwell	164	152	214	257	106	55	481	464	948
En somme :	319	330	559	825	413	349	1.291	1.504	2.795
	619		1.384		762		2.795		

D'après ce tableau, on compte sur 2.795 malades 1.291 hommes et 1.504 femmes. Les femmes y sont en majorité, de

(1) Thomas, *Hydatid disease with special reference to its prevalence in Australia*. T. I, Adelaide, 1884 ; t. II, Sydney-London, 1894.

(2) Osler, On echinococcus disease in America. *The American medical Journal of the medical Sciences*, 1882, vol. LXXXIV, p. 475.

sorte qu'en moyenne il y a 1.165 femmes pour 1.000 hommes.

Mais cette relation change considérablement dans les différentes périodes de la vie :

Jusqu'à l'âge de 20 ans la relation est 1.000 hommes pour 1.034 femmes (131 de moins).

De 20 à 40 ans la relation est 1.000 hommes pour 1.476 femmes (311 de plus).

Au delà de 40 ans la relation est 1.000 hommes pour 845 femmes (310 de moins).

Ce résultat n'est aucunement accidentel, mais il a un motif profond et fixe. Nous l'expliquons de cette manière :

Jusqu'à l'âge de 20 ans, il n'y a pas une grande différence entre le nombre des hommes et des femmes atteints de cette maladie parce qu'il n'existe aucune influence qui ait pu favoriser le développement de kystes hydatiques chez l'un ou l'autre sexe.

De 20 à 40 ans on les observe proportionnellement beaucoup plus souvent chez des femmes parce que les kystes hydatiques, influencés par les grossesses, les accouchements et les couches commencent d'ordinaire à se développer plus rapidement, assez fréquemment subissent la suppuration, se perforent ou bien se rompent, et c'est pourquoi ils peuvent être découverts et opérés de bonne heure et peuvent aussi plus tôt déterminer la mort d'une femme. Voilà aussi la cause pour laquelle on en observe, chez des femmes, moins fréquemment dans la période ultérieure, bien que les femmes en soient atteintes plus souvent que les hommes.

Chez les hommes il n'y a aucune influence particulière qui active et favorise le développement d'un kyste hydatique, et c'est pourquoi ces kystes se développent avec une grande lenteur, comme ordinairement. Voilà aussi la cause pour laquelle ils ne sont découverts, opérés ou ne causent la mort de leur hôte que dans l'âge plus avancé et pourquoi, dans cette période de la vie, on les trouve plus fréquemment chez les hommes.

Nous étant occupé, en même temps, de l'étude ***sur les kystes hydatiques des organes génitaux et du bassin chez la femme***, nous en avons réuni à peu près 500 cas. On ne fait mention de l'âge que chez 374 malades, dont avaient

L'âge de 20 ans	35 malades ou	9,4 p. 100
— de 20 à 40	266 —	71,1 —
Au delà de 40	73 —	19,5 —

Ce qui frappe dans cette statistique, c'est le grand nombre de malades dans la période de 20 à 40 ans. Nous ne trouvons une telle relation dans aucune statistique de l'échinocoque. Pour pouvoir en faire une comparaison, il faut rappeler que de tous les cas d'échinocoque 55,4 p. 100 d'après Neisser, 51,4 p. 100 d'après Alexinski et 49,5 p. 100 (hommes, 44 p. 100 ; femmes, 55 p. 100) se rapportent, d'après notre tableau précédent, à cette période de la vie.

Les chiffres de notre statistique de kystes hydatiques des organes génitaux et du bassin chez la femme constituent une preuve de plus de ce qui vient d'être exposé plus haut, et une preuve d'autant plus forte et concluante que les kystes siégeaient dans les organes et tissus où l'influence de la grossesse, de l'accouchement et des couches se faisait remarquer le plus effectivement.

Les rapports qui se trouvent dans les riches statistiques de l'échinocoque et les faits mentionnés dans notre travail se complètent et se soutiennent.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 11 novembre 1901 (Fin).

M. Varnier. — **Doit-on continuer à recommander l'emploi du lait stérilisé dans l'allaitement mixte et lors du sevrage des nourrissons parisiens?** — Depuis deux ou trois ans se manifeste à Paris une hostilité croissante contre l'emploi du lait stérilisé à 110° dans l'allaitement des nouveau-nés. Il se colporte de maman à maman des histoires habituellement peu précises et toujours terrifiantes d'enfants de trois, quatre, cinq ans empoisonnés, de façons polymorphes, par le lait stérilisé qu'ils prirent après la naissance ou au moment du sevrage.

En même temps que de bouches en bouches incompétentes se transmettent des observations qui sont d'interprétation complexe et délicate même pour les gens du métier, on va répétant ce mot jugé décisif, attribué à un maître en pædatrie : « Les médecins d'enfants pourraient élever une statue d'argent à celui qui a préconisé l'allaitement au lait stérilisé, car il a accru leur clientèle. »

Si l'on vise en cette formule pittoresque l'allaitement exclusif *au petit pot* modernisé, l'allaitement *artificiel* au lait stérilisé qui, depuis quelques années, grâce à certaines exagérations médicales flattant les préjugés et l'anglo-snobisme des mères, a repris de l'avance dans les milieux d'où il devrait rester à jamais banni, il n'y a qu'à souscrire à cette protestation.

Accoucheurs et pædiatres s'accorderont, aisément, sur ce point, que le médecin doit, même avec la ressource du lait stérilisé, lutter de toutes ses forces contre la substitution d'emblée de la nourrice sèche ou de la *nurse* à la nourrice humide.

Mais la nourrice humide peut avoir besoin d'aide. Et le sevrage s'impose à une certaine période de la vie du nourrisson.

C'est ici que la gêne devient grande, à Paris particulièrement, dans l'état actuel des esprits.

Si l'on veut voir augmenter le nombre des mères qui nourrissent elles-mêmes leurs enfants, il faut pouvoir recourir à l'allaitement mixte. D'autre part, au sevrage, il faut bien recourir au lait de vache.

Jusqu'ici, et d'accord avec certains médecins d'enfants, les accoucheurs avaient cru trouver dans le lait absolument stérilisé de l'industrie un auxiliaire puissant, les mettant au maximum à l'abri des inconvénients notoires de l'emploi du lait quotidien de Paris — souvent dépourvu du certificat d'origine — ballotté pendant des heures avant de pouvoir être soumis aux procédés imparfaits et insuffisants de stérilisation domestique — exposé, même quand il est plombé et cacheté, chaque fois qu'un intermédiaire intervient (et les intermédiaires sont légion), aux fraudes qu'ont pu constater tous les marchands de lait qui ont pris la peine de faire une enquête.

Par sa pratique, M. Varnier se croyait autorisé à dire comme Marfan : « Avec les laits purifiés par la chaleur suivant une bonne méthode (1), les incidents de l'allaitement sont très réduits ; les augmentations de poids sont beaucoup plus régulières ; le nombre des gastro-entérites diminue, surtout le nombre des gastro-entérites graves. »

Comme lui, il appréhendait, pour les avoir observés à maintes reprises, les inconvénients des procédés imparfaits de stérilisation domestique (appareils de Soxhlet, de Gentile ou autres, ébullition) même surveillés par une mère attentive, portant sur des laits d'âge inconnu et d'origine suspecte.

Mais là n'est pas le reproche fait au lait stérilisé. On objecte que la stérilisation absolue ne met les nourrissons à l'abri des accidents intestinaux graves ou mortels des premiers mois qu'au détriment de leur avenir ; que les modifications apportées par cette stérilisation à la digestibilité et à l'assimilation du lait peuvent devenir la source de maladies polymorphes de la deuxième enfance telles que le rachitisme, la maladie de Barlow, etc., etc.

C'est sur ce point que M. Varnier demande à ses collègues les pædiatres des éclaircissements et des documents précis.

---

(1) A.-B. MARFAN, *Traité de l'allaitement*, Paris. 1889, pp. 287 à 307.

Séance du 14 janvier 1902.

M. RUDAUX. — **Rupture complète de l'utérus dans un cas d'hydrocéphalie.** — Le 22 décembre, dans l'après-midi, on amenait à la maternité de Beaujon, dans le service de M. Ribemont-Dessaignes, une femme de trente-six ans, journalière, enceinte pour la quatrième fois. Ses trois premières grossesses se sont terminées à terme; les enfants sont actuellement bien portants. Elle est amenée à la maternité de Beaujon, enceinte de 8 mois, en travail depuis la veille.

Son état général est grave. Son pouls imperceptible. Sa température est de 34°,7.

Le toucher manuel permet de constater une brèche très étendue partant des bords de l'orifice utérin en avant et à gauche. La tête qui se présente est hydrocéphale. Il s'écoule des voies génitales un liquide sanguinolent, noirâtre et sirupeux, d'odeur fétide.

M. Ribemont-Dessaignes décide de pratiquer la laparotomie : le fœtus et ses annexes sont dans l'abdomen, du côté gauche. On les extrait sans trop de difficultés; l'odeur qui s'en dégage est très fétide.

Au moment où on enlève l'utérus, la malade meurt.

Le fœtus, du sexe féminin, pèse 4.800 grammes ; sa longueur totale est de 44 centimètres : 23 centimètres sus-ombilicale, 21 centimètres sous-ombilicale.

La tête a le volume d'une tête d'adulte. Le diamètre bi-pariétal mesure 14 centimètres, l'occipito-frontal 16 cm. 5.

La circonférence occipito-frontale est de 55 centimètres, et l'occipito-bregmatique de 50 centimètres.

Le placenta pèse 400 grammes ; la longueur du cordon est de 50 centimètres.

L'utérus a une longueur totale de 23 centimètres, et la déchirure mesure 19 cm. 5.

M. PIERRE DELBET. — **Présentation d'un utérus double avec hématométrie unilatérale.**

M. POZZI. — **Présentation d'utérus fibromateux kystiques.**

Discussion sur la communication de M. VARNIER (1) : **Doit-on**

(1) Discussion sur la communication faite par M. Varnier dans la séance du 11 novembre 1901.

continuer à recommander l'emploi du lait stérilisé dans l'allaitement mixte et lors du sevrage des nourrissons parisiens ?

M. Guinon. — On sent de différents côtés comme un peu de défaveur à l'égard du lait stérilisé *industriel*. Et ce n'est pas seulement à Paris, mais aussi à l'étranger, ainsi qu'en témoigne une lettre du professeur Heubner, de Berlin, dont M. Guinon donne lecture.

Il faut mettre hors de cause l'allaitement mixte au lait stérilisé ; le lait de la mère est une sauvegarde suffisante contre les troubles d'origine alimentaire ; *il n'y a aucun inconvénient à conseiller le lait industriel comme complément de l'allaitement au sein.*

La question porte sur l'allaitement artificiel exclusif, soit au lait stérilisé industriel, soit au lait stérilisé à domicile. Le *lait stérilisé à 110° dans l'industrie*, quand son *emploi est prolongé longtemps, sans association d'aliments naturels frais* (pain, farines naturelles, pommes de terre, œufs), peut produire des troubles de développement qui passent souvent inaperçus sous leur forme atténuée. Il engendre du rachitisme, non pas le grand rachitisme avec vastes déformations, déviations et torsions des os (pour cela, il faut, en outre, des conditions d'aération, d'éclairement et d'hérédité particulières), mais le petit rachitisme avec simple gonflement des extrémités, en un mot, le rachitisme des enfants riches ; cela, d'ailleurs, tout comme le lait bouilli.

Le lait stérilisé industriel, quand il est très bien toléré, donne souvent des enfants pâles, bouffis et sans résistance. Il peut provoquer la maladie de Barlow. A la vérité, cette maladie est beaucoup plus rare en France qu'ailleurs, parce qu'en France on associe généralement le lait industriel à des préparations non artificielles, mais naturelles, telles que le pain, les légumes, les farines.

Enfin, l'enfant élevé au lait stérilisé industriel résiste moins aux infections. Quelles que soient ses belles apparences, les infections digestives, les septicémies se développent chez lui avec une facilité extrême.

En résumé, M. Guinon doute de la valeur nutritive suffisante du lait industriel et croit qu'il a des inconvénients sérieux quand on l'emploie longtemps à l'exclusion d'autres aliments, ou du moins avec un emploi insuffisant de ceux-ci.

M. Guinon pense que le lait stérilisé simplement par l'ébullition très peu de temps après la traite est aussi efficace que le lait sté-

rilisé industriellement pour la prévention des infections aiguës; il croit que, prolongé longtemps, il n'a pas les inconvénients du lait industriel parce qu'il est moins chauffé et parce qu'il ne se conserve pas, ce qui est une qualité.

Mais, même sous cette forme, il vaut mieux ne pas prolonger son emploi, et quand l'âge des infections digestives graves est passé, à dix-huit mois en hiver, deux ans en été, employer le lait bouilli 10 à 12 minutes avec les précautions classiques.

M. Marfan. — Dans ce qu'a dit M. Guinon, comme dans la lettre de M. Heubner qu'il nous a lue, il n'y a qu'une objection précise: c'est celle qui concerne le scorbut infantile. La conclusion de M. Guinon et de M. Heubner est que, dans l'allaitement artificiel exclusif, il faut préférer au lait stérilisé dans l'industrie le lait chauffé au bain-marie à 100° dans un appareil de Soxhlet, pendant moins de temps qu'on n'a coutume de le faire.

Avec cette manière de faire on peut avoir de bons résultats ; mais ils ne sont pas meilleurs qu'avec le lait stérilisé à 110° dans l'industrie, et ce dernier donne, dansles grandes villes, beaucoup plus de sécurité au point de vue de l'infection et de l'intoxication.

Dans les cas où l'allaitement naturel au sein n'est pas possible, et où l'allaitement artificiel s'impose, que fera-t-on ?

Donnera-t-on du lait cru?

A plusieurs reprises, hanté de l'idée de la destruction des enzymes du lait par la chaleur, M. Marfan a essayé de faire nourrir plusieurs enfants avec du lait de vache cru, recueilli et donné d'une manière aussi aseptique que possible. Le résultat fut mauvais; dans tous les cas, des entérites catarrhales, suivies d'amaigrissement notable, firent interrompre l'expérience ; la substitution du lait stérilisé au lait cru fit cesser les accidents et permit à la croissance de reprendre un cours à peu près normal.

Emploiera-t-on du lait pasteurisé ? M. Marfan a essayé un procédé de pasteurisation domestique ; du lait fraîchement trait était chauffé seulement jusqu'à la montée, qui se produit aux environs de 80°; aussitôt après, il était placé dans la glace ; mais quelques cas de diarrhée assez graves s'étant produits chez les nourrissons qui prenaient ce lait, M. Marfan en a abandonné l'emploi.

Donnera-t-on du lait bouilli ?

On peut obtenir avec le lait bouilli des résultats à peu près aussi satisfaisants qu'avec le lait stérilisé. Mais pour cela, il faut deux

conditions : la première c'est de mettre le lait sur le feu aussitôt que possible après la traite (moins de six heures après pendant l'hiver, moins de trois heures après pendant l'été) ; mais cette condition est bien difficile à réaliser dans les grandes villes, surtout pendant l'été ; elle est pourtant indispensable ; si elle n'est pas remplie, on risque des accidents. La seconde condition, c'est de veiller à ce que le lait bouille véritablement. Or beaucoup de ménagères croient que le lait bout quand il monte ; c'est une grosse erreur ; le lait monte vers 80°, il ne bout à gros bouillons qu'à 101° environ. Si on fait bien bouillir le lait pendant 4 ou 5 minutes, on a un liquide suffisamment stérilisé pour la pratique, surtout si on évite les souillures ultérieures. Toutefois, au point de vue de la stérilisation, il est bien évident que le lait bouilli est inférieur au lait porté dans l'industrie à 110°.

Quant à la méthode de Soxhlet, sa seule supériorité sur l'ébullition consiste en ce que le lait est fractionné par quantités nécessaires à chaque tétée dans des bouteilles qui se bouchent automatiquement.

Le lait stérilisé industriellement offre des avantages incontestables. En premier lieu, la stérilité est complète, et il est susceptible de se conserver; ensuite il est stérilisé sur place, c'est-à-dire dans de grandes exploitations agricoles, où on le met à l'autoclave très peu de temps après la traite, ce qui écarte ces dangers de la stérilisation tardive.

En ce qui concerne l'altération du lait par la chaleur, il ne paraît pas y avoir de sérieuse différence entre le lait bouilli, le lait chauffé dans un appareil de Soxhlet et le lait stérilisé industriellement.

Les enfants qui sont nourris méthodiquement avec l'un ou l'autre, même quand ils paraissent bien portants, ne ressemblent point en général à un enfant nourri au sein ; ils en diffèrent par leur digestion et par leur nutrition.

Chez les premiers, il y a retard de la digestion gastrique et séjour plus prolongé du chyme dans l'estomac ; le suc gastrique est plus acide. Chez l'enfant au sein, la digestion intestinale a pour caractères sa rapidité et le faible degré des putréfactions ; chez les autres, elle est retardée, incomplète et s'accompagne de putréfactions plus accusées. Les matières fécales des nourrissons au sein ont une couleur jaune souci et une consistance demi-molle ; elles

sont dépourvues d'odeur fécaloïde ; elles ont une réaction faiblement acide ; elles sont expulsées deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Chez l'enfant nourri au lait de vache stérilisé, il existe une constipation plus ou moins marquée ; l'enfant expulse, avec difficulté, une assez grande quantité de matières pâteuses mais fermes, un peu sèches, d'une couleur jaune pâle, semblables au mastic des vitriers ; elles ont une odeur faiblement ammoniacale ; elles sont souvent neutres ou légèrement alcalines. Enfin M. Escherich et M. H. Tissier ont montré que la flore microbienne de l'intestin n'est pas la même chez l'enfant au sein et chez l'enfant au biberon.

L'observation prouve que la nutrition de l'enfant au biberon diffère aussi assez souvent de celle de l'enfant au sein. La croissance des nourrissons alimentés avec du lait stérilisé est irrégulière, tantôt lente ou stationnaire, tantôt excessive. Ces enfants sont pâles et ont des chairs molles, flasques, sans fraîcheur ; ils sont peu remuants et semblent avoir un certain degré de débilité musculaire ; ils ont assez fréquemment des signes de rachitisme léger. Ils sont d'ailleurs plus fragiles, plus vulnérables ; ils deviennent plus facilement malades ; et il semble qu'ils aient une réceptivité plus grande pour toutes les maladies infectieuses communes. Et pourtant ces enfants passent en général pour bien portants, et il est vrai que, quand une maladie intercurrente ne survient pas, ils se développent assez bien, quoique irrégulièrement ; mais un grand nombre gardent de la pâleur et de la faiblesse jusqu'à la fin de la deuxième année.

Ces troubles, qui ne sont pas d'ailleurs constants, sont le résultat de l'alimentation au lait de vache (*quel que soit le mode de stérilisation*) substitué, au grand détriment des enfants, à l'allaitement maternel.

On a enfin accusé le lait stérilisé de produire la *maladie de Barlow*, et on a émis la supposition que la cuisson détruit dans le lait une substance antiscorbutique. Le reproche est injuste. La plupart des cas de maladie de Barlow observés en France ont été la conséquence de l'emploi du lait dit maternisé (lait gras de Gärtner), dans lequel la matière grasse a été profondément modifiée par la centrifugation. Les auteurs anglais eux-mêmes n'incriminent plus le lait stérilisé, mais l'usage de conserves ou d'aliments artificiels qui n'ont rien de commun avec le lait.

Après une expérience de neuf années, M. Marfan ne peut que répéter la phrase qu'il écrivait en 1896. « Avec le lait purifié par la chaleur suivant une bonne méthode, les incidents de l'allaitement sont très réduits ; les augmentations de poids sont plus régulières; le nombre des gastro-entérites diminue, surtout le nombre des gastro-entérites graves. »

M. Pinard déclare partager complètement l'opinion de M. Marfan sur la valeur du lait stérilisé. S'il prend la parole pour répondre à la question posée par M. Varnier, c'est parce qu'il a été probablement le premier à introduire l'usage du lait stérilisé à Paris en 1888. Depuis cette époque il n'a cessé d'en étudier les résultats. Or, cette observation incessante pendant plus de dix ans n'a fait que renforcer sa conviction sur les avantages de ce mode d'alimentation *employé dans les conditions où il doit l'être*. M. Pinard n'a jamais été parmi ceux qui l'ont vanté outre mesure, et il n'est pas davantage parmi ceux qui l'attaquent aujourd'hui.

Dès le début, convaincu des avantages du lait stérilisé, il s'efforça simplement de déterminer les conditions dans lesquelles le lait stérilisé constitue véritablement une nourriture supérieure ; il ne l'a pas prôné pour l'élevage des enfants *urbi et orbi*, redoutant de favoriser ainsi la tendance déplorable à l'alimentation artificielle des nouveau-nés.

Le lait stérilisé fut présenté par quelques accoucheurs, non seulement comme un succédané du lait de femme, mais comme lui étant supérieur. Certains même supprimèrent les nourrices de leurs services. Le résultat ne se fit pas attendre. Nombre de futures mères, déjà peu disposées de par leur éducation à nourrir leur enfant, se crurent autorisées de par la connaissance de ces faits à ne pas allaiter leur enfant. Un statisticien philanthrope, croyant rester sur le terrain scientifique, proposa même d'élever les enfants indistinctement, en grand, au lait stérilisé dans des Pouponnières.

Cette action déraisonnable devait fatalement aboutir à une réaction. Cette dernière ne s'est pas fait attendre longtemps, et c'est contre elle qu'il faut lutter actuellement.

Aujourd'hui, le lait stérilisé est attaqué par nombre de pédiatres. Les enfants aux visages bouffis, aux chairs flasques, à la dentition irrégulière, à la marche retardée sont dits par eux victimes du lait

stérilisé et menacés, par son usage, de rachitisme, du scorbut infantile. C'est ainsi qu'après avoir posé le lait stérilisé en rival du lait maternel, on arrive à le présenter actuellement comme un élément pathogène.

Le lait stérilisé ne mérite ni cet excès d'honneur ni cette indignité.

Et d'abord le lait de vache stérilisé, quelle que soit son origine, sa valeur originelle et le mode de stérilisation, ne peut et ne pourra jamais constituer pour le nouveau-né une nourriture qui soit égale au lait de femme pris au sein. Il y aura toujours entre les deux, non pas une nuance, mais un abîme. Le lait de la femme sera toujours supérieur à tout autre produit, en raison de sa composition chimique d'une part, parce qu'il passe directement du sein dans la bouche de l'enfant d'autre part. D'où une supériorité au point de vue de la valeur nutritive, une supériorité au point de vue de l'absence d'éléments pathogènes que rien ne pourra jamais égaler.

Quand, pour une cause quelconque, le lait de femme fait complètement défaut, par quoi le remplacer ? Par le lait d'un animal, ânesse, vache, chèvre, etc. Au point de vue de la constitution de ses éléments, le lait d'ânesse est celui qui se rapproche le plus du lait de femme. Et. effectivement, le lait d'ânesse pur est très bien digéré par les nouveau-nés. Mais il est rare et très cher ; aussi n'est-il employé généralement que pendant quelques jours. Encore faut-il qu'il ne soit pas contaminé lors de la traite, sous peine d'accidents graves. M. Pinard n'a pas recours à l'emploi du lait de chèvre, car les résultats obtenus par Parrot aux Enfants-Assistés, et Tarnier à la Maternité, en faisant alimenter des enfants avec le lait de cet animal, se sont montrés en général, toutes choses égales d'ailleurs, inférieurs à ceux obtenus avec du lait de vache.

Le lait de vache doit être donné non contaminé. Ce principe n'a plus besoin à l'heure actuelle d'être démontré. Pour répondre à ce desideratum si important dans la pratique, une seule chose est possible : la stérilisation. Même dans les fermes, alors que le lait est fourni par des vaches saines, traites deux fois par jour, on voit, aux mois d'août et septembre, les enfants prenant du lait de vache cru être atteints d'entérite alors que ceux qui prennent du lait stérilisé ne présentent aucun accident.

Donc la supériorité incontestable de la stérilisation est consti-

tuée par ce fait qu'elle détruit dans le lait tous les germes pathogènes.

Mais là n'est pas toute la question. La stérilisation ne donne au lait que cette première qualité négative. Reste à étudier la question du lait stérilisé au point de vue de sa valeur nutritive ; mais en disant lait stérilisé, on n'a pas la prétention de parler d'un aliment toujours semblable à lui-même.

La stérilisation ne peut égaliser la richesse des différents laits. Suivant que le lait est fourni par telle ou telle vache, nourrie de telle ou telle façon, suivant que ce lait aura été stérilisé plus ou moins longtemps après la traite, il pourra présenter des conditions très variables au point de vue de sa valeur nutritive ou de sa digestibilité. De là des différences dans les résultats observés dans l'alimentation par le lait stérilisé. D'autre part, un lait stérilisé peut être contaminé à nouveau.

Le lait stérilisé, le lait porté à une haute température, le *lait mort*, constitue-t-il une alimentation insuffisante ou mauvaise, capable d'entraver le développement de l'enfant, ou même de lui causer des maladies?

Assurément, le lait mort n'est pas aussi facilement digéré que le lait vivant. Depuis longtemps on insiste avec raison sur ce fait bien mis en évidence par Chalvet. Aujourd'hui, on en connaît à peu près certainement la cause. Les ferments du lait soupçonnés par Tarnier, affirmés et déjà étudiés par Marfan, sont détruits par la stérilisation. Et l'on sait quelle est la valeur de ces ferments au point de vue de la digestibilité. Les ferments du lait de femme en particulier paraissent jouer un rôle considérable, rôle sur lequel Tarnier ne cessait d'appeler l'attention de ses élèves en leur disant et en leur montrant que la moindre quantité de lait de femme absorbé par un nouveau-né l'aidait puissamment à digérer du lait de vache, introduit immédiatement après dans l'estomac.

Le lait stérilisé est-il capable de causer des maladies? On semble le dire ; mais à l'appui de cette opinion, de ce sentiment, on n'apporte aucun document précis. Les accidents signalés surviennent chez des enfants nourris avec des *laits artificiels*, laits maternisés ou autres; M. Pinard a vu des enfants nourris au lait stérilisé et aux *farines artificielles* présenter des troubles de développement; il a vu également des enfants nourris avec du lait mal stérilisé devenir malades ; mais cela n'atténue pas la valeur du lait bien stérilisé.

L'introduction du lait stérilisé dans l'alimentation des enfants a fait diminuer considérablement le nombre des gastro-entérites. Le lait de bonne origine, bien stérilisé, constitue pour la seconde nourriture de l'enfant un aliment supérieur.

M. Wallich. — **De la symphyséotomie dans les présentations persistantes du front. (Étude comparative des cas observés en vingt ans, 1882-1902, dans le service du prof. Pinard à la maternité de Lariboisière et à la clinique Baudelocque).** — L'étude faite par M. Wallich porte sur 19 cas de *présentation persistante* du front.

Les conclusions de cette étude sont les suivantes :

La dystocie causée par la présentation *persistante* du front est très grave, si on la distingue nettement des présentations du front *transitoires*.

Sur 19 cas, l'accouchement n'a été spontané que deux fois, l'utérus s'est rompu deux fois, le vagin une fois, deux femmes sont mortes, ainsi que onze enfants. Encore faut-il remarquer que ces résultats sont atténués par les cas traités par la symphyséotomie depuis 1894.

La dystocie par présentation persistante du front peut s'observer alors que le bassin est très légèrement vicié, ou même normal, et que la tête fœtale ne présente pas des dimensions exagérées.

Dans les observations réunies dans ce travail, on note :

4 bassins dits normaux (cas non traités par la symphyséotomie) ;

2 cas où le promontoire est seulement accessible (cas non traités par la symphyséotomie) ;

8 fois le diamètre promonto-sous-pubien est supérieur à 10 centimètres (3 cas non traités par la symphyséotomie et 5 cas traités par la symphyséotomie).

En somme, 14 fois sur 19 cas le bassin a été considéré comme normal ou peu vicié. Dans un cas, il n'a pas été mesuré, et 4 fois seulement un diamètre promonto sous-pubien inférieur à 10 centimètres : 9; 9,5; 9,7 et 8 (?).

A ces mensurations du bassin il est intéressant d'opposer le diamètre bi-pariétal de la tête, qui n'a atteint qu'une seule fois 10 centimètres.

Ces faits en apparence paradoxaux prouvent que c'est l'orientation vicieuse de la tête qui crée la dystocie, beaucoup plus que les dimensions respectives de la tête et du bassin.

On trouve dans ces remarques la confirmation de ce que M. Pinard avait formulé dans une communication orale faite à Pollosson (1), publiée dans un article de ce dernier en 1892 : « Aussi serait-ce une exagération que d'assigner aux présentations « du front un rang d'égalité avec celles du sommet ou de la face. « Ces dernières, en effet, peuvent être observées avec des têtes « quelconques et dans des bassins quelconques, tandis que le mé- « canisme spécial des acccouchements par le front ne pourra être « réalisé que dans des conditions spéciales ; il exige certaines « dimensions du bassin et de la tête, et surtout une plasticité « particulière de cette tête. Ces conditions doivent se trouver réu- « nies. Des relations spéciales entre ces trois facteurs sont abso- « lument nécessaires. »

Il est enfin intéressant de constater que les déformations plastiques de la tête, qui caractérisent la présentation du front, peuvent se produire dès le détroit supérieur, puisqu'on les retrouve dans un certain nombre des cas traités par la symphyséotomie et que cette opération a été pratiquée alors que la tête était retenue et arrêtée au niveau de ce détroit.

Quant aux résultats, ils ont été dans les 19 cas étudiés par M. Wallich.

a) Cas non traités par la symphyséotomie (12 cas).

Mortalité maternelle : 2 cas (rupture utérine après tentative de forceps, de réduction, de version et basiotripsie, rupture utérine après version), soit 16 p. 100.

Mortalité fœtale : 7 cas, soit 58 p. 100.

L'étude de ces cas montre le danger des tentatives manuelles de réduction et l'incertitude du résultat quand on commence un forceps ou une version dans ces circonstances.

b) Cas traités par la symphyséotomie (7 cas).

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité fœtale : 2 cas, soit 28,5 p. 100.

---

(1) A.-P. Polosson, in article : « Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du front », *Annales de gynécologie*, 1892, mars, p. 187.

Ces chiffres ne peuvent évidemment rien présenter d'absolu. Ils sont intéressants parce qu'ils sont extraits d'une pratique unique, et démontrent les résultats obtenus *en de mêmes mains*, et *depuis l'emploi de l'antisepsie* avec tels ou tels procédés de traitement. Ces chiffres présentent aussi l'avantage de ne comprendre que des faits de même nature, c'est-à-dire présentations *persistantes* du front, sans y comprendre, comme le font habituellement les statistiques sur ce sujet, les formes *transitoires*.

On peut, sans être accusé d'exagération, simplement constater qu'un plus grand nombre d'enfants ont été extraits vivants, et que les mères ont couru moins de dangers dans les cas où l'on a pratiqué la symphyséotomie.

Il restera toujours difficile de déterminer le moment où peut s'imposer cette intervention, et de dire quels sont les cas où l'on devra compter sur la terminaison spontanée ; mais cette remarque peut s'appliquer à la plupart des cas de dystocie. Toutefois, la notion de pouvoir, à un moment donné, ouvrir efficacement le bassin, devra, dans l'avenir, donner de la sécurité et de l'assurance à l'expectation. On aura surtout le droit de ne pas s'engager dans une voie pleine de dangers et d'inconnus, en pratiquant dans ces cas de dystocies les seules opérations dont on disposait jusqu'ici : tentatives de réduction manuelle suivie de basiotripsie, ou extractions forcées par le forceps ou la version.

Séance du 10 *février* 1902.

Suite de la discussion sur la communication de M. Varnier : **Doit-on continuer à recommander l'emploi du lait stérilisé dans l'allaitement mixte et lors du sevrage des nourrissons parisiens?** — M. Lepage. L'hostilité de certaines familles contre le lait stérilisé repose sur l'apparition d'accidents dont il importe de déterminer la véritable cause.

Les incidents de l'alimentation par le lait stérilisé sont de deux ordres : on voit des enfants de neuf ou dix mois, ne prenant presque plus le sein, présenter des accidents fébriles d'origine gastro-intestinale avec selles fétides et diarrhéiques, vomissements, etc. ; ces accidents, liés à la suralimentation par le lait stérilisé ou à une contamination de ce lait dans une tasse mal-

propre, par exemple, disparaissaient rapidement à l'aide d'un traitement hygiénique (diète passagère, quelques lavages intestinaux, repas moins abondants, plus espacés, etc.). Si, en pareil cas, le médecin appelé auprès du bébé est systématiquement hostile à l'usage du lait stérilisé, il convaincra facilement la jeune mère et l'entourage des inconvénients de ce lait. Il fera prendre d'autre lait à l'enfant, et on attribuera au changement de lait tous les bienfaits du changement de l'hygiène alimentaire.

Il faut pourtant reconnaître que, dans certains cas, surtout chez les enfants de quatorze à seize mois qui ne prennent plus le sein, l'amélioration survenue dans le fonctionnement des voies digestives tient réellement à ce que l'on a substitué au lait stérilisé un lait plus naturel, plus vivant. Il y a de même des enfants qui, au cours de la première année, ont des selles fétides, des vomissements, etc.; ces accidents disparaissent rapidement lorsqu'on substitue au lait stérilisé du lait bouilli ou sohxlétisé.

Si, dans la majorité des cas, le lait stérilisé donne toute satisfaction et toute sécurité comme complément de l'allaitement pendant la première année et comme base de l'alimentation pendant la seconde année, on rencontre cependant quelques enfants des deux catégories qui digèrent mieux et se portent mieux en prenant du lait frais bouilli ou sohxletisé. Ces faits n'ont pas lieu de surprendre ceux qui connaissent, sans pouvoir toujours les expliquer, les cas d'enfants qui, nourris au sein d'une nourrice surveillée et bien portante, ont des accidents digestifs qui disparaissent comme par enchantement par le changement de la nourrice.

M. Lepage cependant considère qu'à Paris il est préférable, pour l'enfant dans les deux premières années de la vie, de recourir au lait stérilisé industriellement plutôt qu'au lait frais bouilli ou sohxletisé ; mais il y a place à côté de lui pour le *lait frais de bonne qualité* et arrivant à Paris *non contaminé*. Il serait utile d'avoir à sa disposition du lait frais qu'on puisse conseiller aux jeunes mères, dans les cas où leurs bébés tolèrent mal le lait stérilisé ou dans les cas où les mères ne veulent pas donner du lait stérilisé. Aussi M. Lepage voudrait-il voir dans la banlieue parisienne des vacheries modèles surveillées par des hygiénistes.

M. Hutinel. — Dans l'allaitement des enfants, le lait de vache, qu'il soit bouilli, pasteurisé ou stérilisé, ne vaut pas le lait de la femme, ou mieux : *le lait de la mère*.

Quand l'allaitement maternel est impossible ou insuffisant, quand le lait de la mère ne peut ou ne doit pas être remplacé par celui d'une nourrice, il faut avoir recours à l'allaitement artificiel.

Il faut choisir alors un lait non adultéré, non contaminé par des germes, non vicié par des toxines microbiennes.

Le lait stérilisé industriellement et présentant des garanties sérieuses vaut-il mieux que le lait bouilli ou que le lait stérilisé dans l'appareil de Sohxlet et dans les autres appareils similaires ?

Oui et non.

Si on a à sa disposition une vache ayant un bon lait, si on peut la traire, faire bouillir le lait peu de temps après la traite et le donner à l'enfant sans qu'il ait pu s'altérer, ce lait bouilli est meilleur que le lait stérilisé ; il est moins profondément modifié dans sa constitution.

Si, après la traite, on peut chaque jour, sans perdre de temps, mettre le lait en flacons après l'avoir coupé d'une façon convenable et le chauffer un temps suffisant dans l'appareil de Sohxlet, on a l'avantage d'avoir des rations de lait réparties en petits flacons qui seront débouchés successivement. Dans ce cas encore, il n'y a pas grand avantage à donner du lait stérilisé industriellement.

Mais on n'a pas toujours une vache saine à sa portée ; il est impossible que, dans toutes les familles, le lait soit traité d'une façon rationnelle. Par l'ébullition ou par la pasteurisation on tue les germes nuisibles, mais on ne détruit pas les toxines qu'ils auront eu le temps de sécréter en abondance.

Le lait stérilisé donne beaucoup plus de sécurité. En été, dans les grandes villes, son emploi est absolument indispensable.

Mais il ne faut pas oublier que le lait stérilisé, tout stérilisé qu'il est, n'est que du lait de vache ; la stérilisation peut lui enlever quelques défauts, elle ne saurait augmenter beaucoup ses qualités. Il a un avantage incontestable : c'est d'être moins adultéré et, partant, moins dangereux que le lait des crémeries, mais il ne faut pas lui demander davantage.

On lui a reproché de produire le scorbut infantile ; dans ce cas il pourrait être incriminé jusqu'à un certain point, mais

il s'agit là d'un accident relativement rare. En réalité la maladie de Barlow est causée, non par le lait stérilisé, mais par l'abus des farines soi-disant alimentaires. C'est d'ailleurs l'avis de la Commission américaine qui a étudié avec soin le scorbut infantile dans plus de trois cents cas.

Ce que l'on observe chez certains enfants nourris avec le lait stérilisé, c'est une certaine pâleur et une mollesse particulière des tissus. Les enfants sont gras ; mais ils sont peu résistants. Les selles sont plus rares, moins colorées, plus fétides, plus compactes et souvent plus abondantes.

Chez ces enfants les infections sont plus communes et elles sont aussi plus redoutables.

Il y a donc un vice de la nutrition. Est-il dû à ce qu'il n'y a plus de ferments dans le lait stérilisé? Ces ferments jouent sans doute un rôle important dans l'assimilation, mais il y a certainement d'autres causes de dystrophie à invoquer.

Si l'enfant allaité artificiellement n'a généralement ni le teint rose, ni la vigueur, ni la résistance de l'enfant nourri au sein, ce n'est pas seulement parce que le lait qu'il a bu était stérilisé, c'est parce que ce lait n'était pas du lait de femme. Les albumines d'une espèce animale ne sont jamais identiques à celle des animaux d'une autre espèce ; les albumines du lait de la femme ont leur spécificité, et la stérilisation n'arrivera jamais à faire que les albumines du lait de la vache leur deviennent identiques. Dans l'allaitement mixte l'influence bienfaisante du lait de la femme se fait toujours sentir.

Mais il y a encore un autre élément dont il faut tenir grand compte : c'est l'influence du milieu dans lequel vivent les enfants.

A l'hôpital, dans les villes, quand on est forcé de soumettre l'enfant à l'allaitement artificiel tout va bien d'abord : le poids augmente, l'état général est bon, mais, après un temps plus ou moins long, le poids cesse d'augmenter. Cet arrêt est de mauvais augure. Bientôt l'enfant maigrit, les traits s'altèrent, les chairs se flétrissent, la diarrhée devient continue, le corps se dessèche : c'est l'athrepsie qui s'installe et qui finit toujours par emporter l'enfant si on ne peut pas lui donner une nourrice et le changer de milieu.

A la campagne, au contraire, on ne voit rien de pareil ; les

enfants, nourris de la même façon, poussent souvent très bien et n'ont aucun accident.

Ces différences tiennent en grande partie à ce que les milieux ne sont pas les mêmes : l'un est pur, l'autre est infecté.

Le lait de vache est moins bien assimilé que le lait de femme ; il laisse dans l'intestin plus de parties inutilisées, plus de déchets qui forment des matières fécales épaisses, peu colorées, plus ou moins putrides. Ces matières sont un excellent milieu de culture pour les germes infectieux, et elles peuvent, sous l'influence des infections, subir des fermentations qui aboutissent à la formation de poisons redoutables. Ces poisons ont un rôle considérable dans la genèse des accidents des gastro-entérites ; ils sont la cause la plus importante du rachitisme, et c'est à eux, sans doute, qu'il faut attribuer les troubles de la nutrition que l'on remarque chez un assez grand nombre d'enfants élevés artificiellement.

On avait cru autrefois qu'en nourrissant les nouveau-nés avec un lait exempt de germes, on allait tarir la source des infections intestinales. Il y avait à cela quelque naïveté.

Certainement les voies digestives peuvent souffrir de la présence de microbes pathogènes dans les ingesta, mais elles ont bien d'autres moyens de s'infecter.

Il faut donc tenir compte, non seulement des altérations possibles du lait, mais encore de l'infection du milieu.

C'est de cette façon que l'on peut comprendre comment les résultats de l'alimentation par le lait stérilisé sont meilleurs à la campagne qu'à la ville et moins mauvais à la ville qu'à l'hôpital.

Quand on agglomère les enfants, on augmente les chances qu'ils ont de s'infecter et on diminue les chances qu'ils ont de vivre. Les résultats obtenus dans les pouponnières sont désastreux.

M. Champetier de Ribes. — Aucun aliment ne peut remplacer pour le nourrisson le lait pris directement dans le sein d'une femme, que cette femme soit sa mère, ou, à son défaut, qu'elle soit une étrangère.

Dans une ville comme Paris, où l'on peut difficilement se procurer du lait trait depuis moins de trois à six heures, la nécessité de stériliser le lait est incontestable. Au point de vue de la digestibilité, M. Champetier ne fait pas de différence entre le lait stérilisé industriellement et le lait préparé avec l'appareil de Soxhlet ou de Gentile.

En hiver, dans les familles où l'on peut se procurer du lait trait depuis moins de cinq à six heures, il préfère le lait préparé à la maison avec les appareils précédents. Mais, en été, il croit plus prudent de recommander le lait préparé industriellement, qui présente le grand avantage de pouvoir être stérilisé aussitôt après la traite. Il est regrettable que le lait d'ânesse soit livré à la consommation dans les conditions défectueuses signalées par M. le professeur Pinard, car il est, à défaut du lait de femme, l'aliment qui lui a paru le mieux convenir à l'enfant pendant les premières semaines de la vie.

En terminant, M. Champetier pose la question suivante :

Doit-on donner aux nouveau-nés le lait stérilisé pur, ou doit-on le faire prendre coupé d'eau, et dans quelle proportion ?

M. Albert Josias. — Tous les médecins d'enfants seront d'accord avec M. Varnier pour proclamer que le meilleur mode d'élevage est l'allaitement au sein; mais il arrive que cet allaitement est souvent insuffisant et parfois qu'il est impossible; il faut alors recourir à l'allaitement mixte ou même à l'allaitement artificiel.

Il est superflu de rappeler la mortalité effroyable des enfants élevés au biberon, quand on s'obstine, pendant les grandes chaleurs, à leur donner du lait cru.

Les statistiques bien connues des maternités, des hôpitaux d'enfants, des dispensaires, des médecins inspecteurs des enfants du premier âge, accusent une diminution considérable des cas mortels de diarrhée infantile, ou d'accidents gastro-intestinaux, partout où l'on réussit à substituer au lait cru le lait bouilli ou le lait stérilisé industriellement.

Quant aux accidents que certains médecins ont de la tendance à attribuer à l'usage du lait stérilisé, M. Josias tient à déclarer qu'il ne les a jamais observés sur les très nombreux enfants pour lesquels il a prescrit le lait stérilisé tant en ville qu'à l'hôpital.

D'ailleurs, à supposer que ces accidents, très rares, soient la conséquence de l'usage du lait stérilisé, — ce qui est loin d'être démontré, — on ne saurait les mettre en balance avec les milliers de vies humaines que la cuisson du lait permet de sauver chaque année.

M. Henri Méry. — La supériorité du lait de femme sur le lait de vache, même stérilisé, ne fait de doute pour personne.

En ce qui concerne le lait de vache, la stérilisation a été un immense progrès.

Les arguments en faveur de la stérilisation du lait sont de deux ordres :

1° Les arguments théoriques scientifiques fournis par l'étude bactériologique et chimique du lait ;

2° Les résultats tirés de l'emploi du lait stérilisé, la statistique tirée des faits.

Parmi les arguments de la première catégorie, le plus important est la certitude de donner à l'enfant un lait privé de germes et de le mettre ainsi à l'abri de toutes les infections que le lait peut transmettre (gastro-entérite, tuberculose).

Mais cet argument n'est pas le seul. Divers auteurs, entre autres M. Michel, ont montré que les digestions artificielles du lait stérilisé sous l'influence de la pepsine, du lab ferment et de la pancréatine se font plus facilement que s'il s'agit de lait cru.

On a montré également que, alors que la caséine du lait de vache cru se coagulait en gros flocons, on voyait au contraire le lait stérilisé et dilué se prendre sous l'influence de la présure en flocons plus granuleux et beaucoup plus fins se rapprochant de ceux du lait de femme. De ce côté, d'après M. Marfan, il y a donc une correction très suffisante du lait, du fait même de la stérilisation et de la dilution.

Il est vrai que Ellenberger et Hofmeister soutiennent que la coagulation en fins flocons du lait stérilisé permet un passage trop rapide dans l'intestin sans que l'acide chlorhydrique et la pepsine aient eu le temps d'exercer une action utile.

Théoriquement, il semble donc qu'il y ait deux raisons principales de donner du lait stérilisé.

La première, de beaucoup la plus importante, c'est que c'est un lait privé de germes.

La seconde, c'est que ce lait serait de plus facile digestibilité que le lait cru.

Mais, à côté des arguments favorables, il y a aussi des objections.

Suivant l'heureuse expression de M. le professeur Pinard, le lait stérilisé est un *lait mort*, c'est-à-dire privé de ces ferments sur lesquels l'attention est si vivement attirée par les récents travaux de M. Nobécourt et de M. Marfan.

On sait que le lait de femme paraît contenir des ferments très actifs, des oxydases (Marfan), un ferment dédoublant, le salol (No-

bécourt), une lipase très active (Marfan) et un ferment amylolytique saccharifiant, l'amidon.

Comme M. Marfan l'a montré, c'est à la présence de ces ferments qu'est due l'heureuse action du lait de femme sur la digestion d'aliments autres que ce lait lui-même.

C'est ce qui explique l'utilité de l'allaitement mixte et l'intérêt qu'il y a à conserver le sein maternel, même restreint à une ou deux tétées par jour.

L'étude de ces ferments du lait vivant est encore de date trop récente pour qu'on puisse savoir leur importance exacte dans la digestion du lait chez le nourrisson.

Les ferments utilisés ou utilisables dans la digestion du nourrisson peuvent avoir trois origines :

1° Ces ferments, ces diastases, peuvent être introduits avec l'aliment dont ils font partie. Ce sont les ferments du lait, ou pour les farines, la diastase, la maltine, qui est à côté de l'amidon dans le grain ;

2° Les diastases sécrétées par les glandes du tube digestif (pancréas, glandes intestinales, stomacale, etc...), de beaucoup les plus importantes ;

3° Les diastases peuvent avoir une troisième origine : les fermentations microbiennes, soit qu'il s'agisse de microbes normaux du tube digestif, soit de germes favorisants introduits avec des laits préparés artificiellement, comme le kéfir.

Les phénomènes digestifs ne s'arrêtent d'ailleurs pas à la cavité intestinale elle-même, et les produits de cette digestion, une fois absorbés, subissent de nouvelles élaborations dans l'intimité des tissus sous l'influence des diastases internes. M. Poulain, dans un mémoire fait dans le service de M. le professeur Hutinel, a montré l'existence d'un ferment lipasique très actif et très abondant dans les ganglions du mésentère. Il est permis de supposer, étant donné l'origine multiple de ces ferments, qu'il puisse s'établir des suppléances.

Un fait hors de doute, c'est que l'origine principale des ferments qu'utilise le nourrisson pour sa digestion, est fournie par les glandes du tube digestif, et que les autres sources des diastases sont accessoires ; aussi, chez un sujet de bonne constitution, en état de santé normal, la suppression des ferments du lait par la stérilisation ne doit pas être d'un grand inconvénient.

L'argument du « lait mort » ne semble donc pas avoir une portée quelconque en ce qui concerne l'élevage normal, au lait stérilisé, d'un enfant en bonne santé.

Peut-on affirmer la même chose, chez un sujet atteint de débilité congénitale, chez un convalescent, si lent à se rétablir, de gastro-entérite grave?

M. Poulain a montré que, dans ce dernier cas, il y avait une diminution considérable du pouvoir lipasique des ganglions du mésentère.

La même diminution des ferments actifs du pancréas, liée à la gastro-entérite, a été autrefois constatée par M. Gillet.

Chez les débiles, congénitaux ou acquis, dit M. Marfan, l'élaboration des zymases internes est si pénible qu'aucun aliment ne peut remplacer le lait de femme.

Pendant la période aiguë de la gastro-entérite et dans la convalescence, le lait stérilisé est indiqué au premier chef, par suite de la nécessité de supprimer l'apport de tout germe et de faire avant tout de la thérapeutique anti-infectieuse. En est-il de même quand à cette période a succédé la période de dyspepsie, de débilité acquise.

Nous savons qu'en pareil cas les ferments normaux du tube digestif sont sécrétés en quantité beaucoup moindre.

Il semble que ce soit le moment de s'adresser aux diastases de suppléance, celles que contiennent le lait vivant (vache, ânesse, etc.) ou les laits additionnés de germes favorisant la digestion, comme le kéfir.

D'ailleurs, sur ce point, l'expérience pratique vient confirmer la théorie. On voit trop souvent les convalescents de gastro-entérite, malgré une thérapeutique anti-infectieuse des plus sévères et malgré le lait stérilisé, continuer à maigrir.

Le retour à la santé coïncide au contraire avec l'emploi judicieux, soit de lait vivant (ânesse, chèvre) ou de lait ayant subi l'action de fermentations favorisantes, comme le kéfir.

Théoriquement, aucune objection sérieuse ne peut être faite à l'élevage des enfants sains par le lait stérilisé. Ce mode d'élevage présente, au contraire, des garanties de sécurité considérables. Les objections de M. Guinon, comme on l'a déjà fait remarquer, s'appliquent bien plus à l'alimentation par le lait de vache, en général, qu'à l'alimentation par le lait stérilisé.

En ce qui concerne l'élevage des enfants débiles et les cachexies gastro-intestinales, il ne faut pas être systématique et s'entêter à donner du lait stérilisé. M. Variot a cependant obtenu des résultats très remarquables avec l'emploi du lait stérilisé chez les enfants atrophiques.

Si, après avoir considéré les arguments théoriques en faveur de la stérilisation du lait, on passe à ceux qu'ont donnés l'application de la méthode et les faits eux-mêmes, on ne peut contester leur éloquence plus grande encore. En regard de ces résultats, de ces milliers de vies sauvées par la stérilisation du lait, ce n'est vraiment pas la peine de s'arrêter à quelques cas de maladie de Barlow, discutables, d'ailleurs, dans leur pathogénie.

L'emploi du lait stérilisé pour la classe ouvrière a été un progrès social considérable qu'il faut conserver et défendre. Dans ce milieu, rien ne pourra remplacer le lait stérilisé et le lait stérilisé industriel ; car on ne peut songer à demander à des ménagères de surveiller la délicate opération de la pasteurisation avec l'appareil de Sohxlet.

M. Oui (de Lille). — Si, en effet, de l'avis unanime, le lait stérilisé industriel ne présente que de minimes inconvénients lorsqu'il est associé à l'allaitement au sein, les accusations dont il est l'objet, en tant qu'aliment exclusif, doivent être discutées sérieusement.

Bien que le plus grand nombre des mères soient capables, ou d'allaiter complètement leur enfant, ou de pratiquer tout au moins l'allaitement mixte, il n'en reste pas moins que certaines mères, malgré leur bonne volonté, sont incapables de nourrir, alors que leur situation sociale ou quelque cause pathologique ne leur permet pas d'avoir recours à une nourrice mercenaire.

Dans ce cas, faut-il rejeter complètement le lait stérilisé industriel et le remplacer par le lait bouilli ou par le lait stérilisé à l'aide de l'appareil Gentile ?

Pour résoudre la question par l'affirmative, il faudrait établir, d'abord, que le lait stérilisé à 110° est le facteur véritable des maladies telles que le rachitisme, la maladie de Barlow, ou les troubles gastro-intestinaux tardifs dont on l'accuse d'être la cause.

Il serait nécessaire, en second lieu, de prouver que le lait bouilli ou stérilisé à domicile ne présente pas les mêmes inconvénients.

Ni l'une ni l'autre de ces démonstrations ne paraît avoir été faite.

La consommation du lait stérilisé industriel a pris dans ces dernières années un développement considérable. Si ces méfaits étaient aussi grands qu'on le dit, la maladie de Barlow et le rachitisme auraient dû devenir singulièrement fréquents. Or, le rachitisme ne paraît pas avoir augmenté, et la maladie de Barlow demeure une rareté pathologique.

Restent les troubles digestifs tardifs. A ce point de vue, il paraît téméraire d'accuser le seul lait stérilisé à 110°. Que l'allaitement pratiqué avec ce produit donne assez fréquemment des enfants pâles, bouffis et flasques, c'est chose indéniable ; mais on constate souvent le même résultat chez des enfants nourris avec du lait frais (ou prétendu tel) bouilli ou stérilisé à domicile et que préfère M. Guinon.

On voit pas mal d'enfants nourris au sein jusqu'à onze ou douze mois, soumis, au moment du sevrage, à l'alimentation par le lait bouilli, paraissant, par conséquent, se trouver dans les meilleures conditions possibles et qui, vers l'âge de dix-huit mois à deux ans, et même deux ans et demi, ont présenté des accidents gastro-intestinaux (le plus habituellement, de l'entérocolite) à allures parfois graves et, en tout cas, extrêmement tenaces. *Tous ces enfants étaient des suralimentés* et ont été guéris par un régime alimentaire bien réglé.

Que si ces enfants avaient été nourris de lait stérilisé à 110°, on n'eût pas manqué de l'accuser de méfaits dont il eût été parfaitement innocent et dont l'alimentation trop copieuse, au moment du sevrage, est bien souvent responsable, ainsi que le régime lacté trop prolongé.

Le lait stérilisé à 110° est d'autre part infiniment plus sûr en ce qui concerne les résultats immédiats, au moins dans les grandes villes.

C'est pure chimère, en effet, que de croire à la possibilité de se procurer du lait frais, dans la plupart des grandes villes, à moins qu'on n'accorde généreusement ce qualificatif de frais à du lait trait depuis cinq ou six heures. Le conseil de M. Guinon d'employer le lait frais stérilisé à domicile n'est, en réalité, applicable qu'à la campagne.

Serait-il même facile de se procurer du lait frais dans toutes les

grandes villes que le lait stérilisé industriel conserverait encore, à un point de vue autre que la stérilisation, un avantage sérieux, au moins dans certaines régions.

Dans le Nord, par exemple, où la culture industrielle a pris un développement considérable, les bestiaux sont habituellement, ou tout au moins fréquemment nourris avec des drèches, des résidus de brasserie ou de distillerie. Cette alimentation exerce sur le lait, et secondairement sur les nourrissons, une fâcheuse influence signalée déjà par Roskam (de Liège).

M. Oui a eu tout récemment, chez deux fillettes âgées de quatre mois et demi et cinq mois, la démonstration de cette influence.

Dans le premier cas (allaitement artificiel), le nourrisson âgé de quatre mois et demi, et dont les parents habitent la banlieue de Lille, recevait du lait *frais* trait dans une ferme voisine et stérilisé quelques minutes après la traite à l'aide de l'appareil Gentile. Presque tous les repas étaient suivis de vomissements. Le poids de l'enfant augmentait à peine de quelques grammes par jour. M. Oui s'enquit du mode de nourriture des bestiaux et apprit que les vaches recevaient abondamment des drèches. Il fit alors prendre à l'enfant du lait stérilisé industriellement. Les troubles digestifs cessèrent et l'accroissement de poids devint absolument régulier.

L'autre enfant, âgée de cinq mois, était soumise à l'allaitement mixte, le lait de vache entrant pour une moitié, environ, dans son alimentation. Les mêmes vomissements se produisaient, malgré que le lait fût apporté, par suite de circonstances spéciales, une heure environ après la traite et immédiatement stérilisé. L'augmentation de poids était insignifiante. M. Oui immédiatement employa le lait stérilisé industriel, et tout rentra dans l'ordre. Quelques jours plus tard, après enquête faite, on apprenait que les vaches qui avaient fourni le lait, cause de troubles digestifs, étaient nourries avec des drèches.

Pour avoir du lait *frais*, les habitants de la ville et, en particulier, des grandes villes seront toujours obligés de le prendre dans la banlieue. Certes, dans toutes les banlieues de grandes villes, la nourriture des animaux ne sera pas aussi défectueuse qu'elle l'est trop souvent dans le Nord ; mais les environs des grandes villes ne permettent guère de nourrir les animaux dans d'aussi bonnes conditions que les pays de pâturages d'où provient habituellement le lait stérilisé industriellement.

Depuis la vulgarisation du lait stérilisé, les mères ont trop facilement cru que, seule, la qualité du lait importait à la santé des enfants.

Aussi voit-on trop souvent des enfants sevrés prématurément ou allaités artificiellement, alors que l'allaitement mixte eût été possible.

Il y a eu des déboires ; mais il serait injuste d'en faire supporter la responsabilité à tel ou tel mode de stérilisation.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. Doléris. — **Hémorrhagies latentes de la grossesse.** — Les deux observations présentées par M. Doléris ont trait à deux formes différentes d'hémorrhagie interne.

Obs. I. — Il s'agit d'une hémorrhagie rétro-placentaire abondante survenue au 7e mois chez une IVpare ayant accouché 3 fois spontanément et à terme, n'ayant dans les urines que des traces d'albumine, n'ayant subi aucun traumatisme. Les accidents débutèrent brusquement. L'hémorrhagie resta intra-utérine. L'accouchement n'eut lieu que 5 jours après l'ictus hémorrhagique. On constata l'existence d'une double rupture du sinus coronaire. L'enfant expulsé macéré pesait 2.350 grammes. Il n'y avait aucune disposition particulière du cordon ombilical.

La pathogénie de cette rupture du sinus circulaire est dans ce cas fort difficile à élucider. Peut-être faut-il incriminer les congestions utérines intenses auxquelles prédisposent certaines formes de neurasthénie.

Obs. II.— Il s'agit d'une femme primipare, enceinte de 7 mois, présentant brusquement des accidents d'obstruction intestinale avec péritonisme, sans élévation de température. Le lendemain elle accouche spontanément de deux jumeaux. Une détente se produit, mais bientôt l'état général devient progressivement mauvais, les phénomènes de réaction péritonéale reparaissent ; la température s'élève. On sent dans les fosses iliaques une masse douloureuse à contours mal définis, dont le volume augmente.

Le 17e jour, la situation est menaçante. M. Doléris pratique la laparotomie et trouve une vaste hématocèle enkystée (environ 2 litres de sang) qu'il vide et qu'il draine par le vagin et par l'abdomen.

La malade guérit.

Quelle est la cause de cette hématocèle? En l'absence de toute constatation directe jugée dangereuse au cours de l'intervention, M. Doléris ne propose aucune hypothèse, il signale le fait en écartant le traumatisme criminel et la rupture utérine.

M. Doléris. — **Présentation de pièces de grossesse extra-utérine.**

M. Pozzi. — **Présentation d'un utérus atrophique dans la paroi**

postérieure duquel s'est développé un fibrome du volume d'une orange.

M. Varnier. — **Projet de cachet pour la couverture des trois premiers volumes des comptes rendus de la Société.**

REVUE ANALYTIQUE

DU DÉCIDUOME MALIN

Du chorio-épithélioma malin (chorio-epithelioma malignum). *Am. J. of Obst.*, mars 1902, p. 321. Frank E. Pierce. — Après un rapide historique des principaux travaux, l'auteur se range à l'opinion de Marchand, mais en reconnaissant au syncitium une origine maternelle, et définit la production pathologique en question comme suit : « *tumeur spéciale se développant exclusivement chez la femme, pendant ou, comme c'est le cas le plus ordinaire, après la grossesse, dont le parenchyme est constitué par les éléments épithéliaux des villosités choriales, éléments qui ont proliféré et ont poussé dans les tissus maternels sous la forme d'une néoplasie maligne.* »

Classification. — A ce sujet, l'auteur fait une revue rétrospective des opinions aussi multiples que diverses qui ont été émises sur l'origine du syncitium et de la couche cellulaire de Langhans. « Le premier, écrit-il, en 1882 Langhans a décrit deux couches. Au principe, il crut que la couche externe provient de l'ectoderme, la couche interne du mésoderme. Plus tard, il pensa que la couche externe (syncitium) est d'origine maternelle, à cause des éléments ciliés en bordure du syncitium constatés par lui, Klebs et d'autres investigateurs. Ultérieurement, ces éléments ciliés ont été à nouveau décrits par Webster, Kworostansky, von Spee, etc., mais sans qu'ils leur aient trouvé des rapports avec l'épithélium utérin. Dans un article tout récent, Langhans envisage l'origine des deux couches sous un triple point de vue :

1° Théorie de Katschenko, que les deux couches sont de provenance fœtale; que le syncitium constitue le stratum primitif dont dériverait la couche cellulaire de Langhans.

2° Théories de Hubrecht et de Duval, qui d'études poursuivies sur des placentas jeunes d'animaux concluent que la couche cellulaire est la primitive, que le syncitium en dérive.

3° Théorie de Sthral, que les cellules de Langhans proviennent de l'ectoderme fœtal, et que le syncitium dérive de l'épithélium utérin.

Gunsser et Kossmann ont chacun décrit une grossesse tubaire précoce, qui montrait la transformation des cellules épithéliales cylindriques en cellules cubiques, basses, dépourvues de contours précis. Ils décrivent cette couche épithéliale homogène comme s'étendant de la muqueuse tubaire aux villosités, et comme doublant celles-ci d'une seconde couche homogène.

En 1896, Graf von Spee, de l'étude d'un œuf abortif de cinq semaines, émit l'opinion que le syncitium dérive des éléments du tissu connectif de l'utérus. Il pensa qu'il ne pouvait dériver de l'ectoderme, parce qu'entre le syncitium et la couche cellulaire il avait constaté la présence d'un stratum mince, qu'il dénomma *cuticule*, celle-ci pouvant n'être que les vestiges de la zone pellucide. Il admit cette dérivation du syncitium du tissu connectif utérin parce qu'il avait constaté que, chez le cochon d'inde, l'œuf déchire le stratum muqueux utérin et se développe primitivement dans le tissu connectif utérin. A cette époque, il affirmait que l'étude d'un œuf humain très jeune mettrait en évidence ce même mode de nidation de l'œuf humain.

Webster dans son travail *Ectopic Pregnancy* exprime l'opinion que les deux couches dérivent de l'épithélium chorial, qu'elles sont d'origine fœtale. Dans sa monographie *Placentation*, il déclare sa manière de voir confirmée par les descriptions ovulaires faites par Peters.

En 1898, Siegenbeck von Heukelom, de l'étude d'un œuf très jeune tira la conclusion que la couche externe provient de l'ectoblaste, qu'elle est par conséquent d'origine fœtale.

Il incombait à Peters, en 1889, de montrer et d'établir de façon concluante la vraie genèse des deux couches. Son étude fut faite sur l'œuf humain, le plus jeune connu (de 4 à 5 jours). L'étude de cette pièce lui permit, non seulement de vérifier la prophétie de von Spee, mais aussi d'étudier le syncitium dans ses premiers stades de développement. Il démontra que, lorsque l'œuf se niche lui-même dans la caduque compacte, l'ectoblaste, dénommé aussi trophoblaste,

prolifère rapidement et pénètre la caduque dans toutes les directions où, entrant en contact avec le sang maternel qui exerce sur lui une action destructrice, il subit un processus de dégénérescence et se transforme en syncitium et en cellules de Langhans. Le mésoblaste pénètre dans les masses trophoblastiques vers la fin de la première semaine et s'y revêt de la double couche dérivée des cellules trophoblastiques, formant ainsi les villosités choriales. Au cours de ces modifications dégénératrices, des vacuoles et des espaces sanguins se forment dans les masses trophoblastiques. Les espaces sanguins sont limités par le syncitium, remplis de sang maternel et forment les espaces intervilleux. Cette transformation directe du trophoblaste en syncitium et en cellules de Langhans, décrite par Peters et acceptée depuis par la majorité des auteurs compétents en la matière, établit l'origine fœtale de ces couches.

Léopold et Van der Hoeven, qui admettent que le syncitium dérive de l'ectoblaste, prétendent à tort que la couche de Langhans provient de la somatopleure, c'est-à-dire du mésoblaste pariétal. Kworotansky voit dans le syncitium un tissu de transition des cellules de Langhans et prétend qu'on retrouve dans les masses syncitiales des vestiges des contours cellulaires primitifs. Spuler et Polano ont fait les mêmes constatations. Mais cette constatation dans les masses syncitiales, si elle est exacte, n'impliquerait pas nécessairement que le syncitium dérive des cellules de Langhans, puisque le trophoblaste lui-même est constitué par des éléments cellulaires à contours précis.

Franz, devant la *German Gynecological Association*, en mai 1901, présenta une pièce de grossesse *ovarique*, à 2 mois. Il fit voir, en outre, que le plus grand nombre des villosités étaient pourvues d'un double revêtement (syncitium et cellules de Langhans); or, comme il était impossible de faire dériver ces deux couches des tissus ovariques, il en conclut qu'elles étaient d'origine fœtale.

Un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels Kossmann, restent fidèles à l'opinion ancienne que le syncitium est d'origine maternelle. A la même Association, Kossmann présenta des épreuves photographiques de coupes portant sur les œufs et la muqueuse utérine d'une lapine morte peu après la fécondation, où l'on voyait des masses syncitiales se développer de glandes utérines, avec lesquelles l'œuf n'était pas entré en contact.

Pfannenstiel, dans la discussion, ne contesta pas la formation

syncitiale, mais ne reconnut pas sans réserves l'identité de ce syncitium avec le syncitium trouvé sur le placenta. Il exprima l'avis que la question relative au syncitium ne pourrait être résolue que par l'étude d'un œuf humain plus jeune que ceux étudiés jusqu'ici.

Gottschalk émit l'idée que l'épithélium utérin peut, aussi bien que les éléments fœtaux, former le syncitium. Il a depuis montré une pièce mettant en évidence la formation de bourgeons syncitiaux aux dépens de l'épithélium glandulaire (grossesse de 3 mois). — Blacher, dans un article récent, prétend que le syncitium provient de l'épithélium maternel et que, sous l'influence de la grossesse, il peut apparaître partout où existe une couche endothéliale. Opinion contredite par les études récentes d'œufs jeunes, etc.

« Acceptant les idées de Peters que les deux couches, syncitium et cellules de Langhans, sont, d'après l'histogenèse, identiques, qu'elles dérivent toutes deux de l'ectoblaste et, d'autre part, nous ralliant à l'opinion de Marchand que les tumeurs pathologiques en question se développent aux dépens de ces deux couches, il devient possible de classer ces produits néoplasiques. Il est dès lors évident que le *chorio-épithélium malin*.appartient à un groupe pathologique bien à part : un tissu étranger, *sui generis*, s'accroissant dans les tissus maternels et formant des métastases, reste, en pathologie, sans analogie. »

L'auteur étudie ensuite : *a*) *l'étiologie* ; *b*) *les symptômes et la marche* ; *c*) le *diagnostic* ; *d*) le *pronostic* et *e*) le *traitement*, celui-ci devant être, bien entendu, radical : hystérectomie totale aussitôt que possible, l'auteur donnant, en outre, la préférence à la voie abdominale, qui exposerait moins aux métastases et aux récidives.

R. L.

Du déciduome malin (deciduoma malignum). Ladinski, *Am. J. of Obst.*, avril 1902, p. 465. — A l'occasion d'une observation personnelle, l'auteur refait une étude complète de ce processus pathologique et résume, à la fin de sa monographie, tous les cas déjà publiés. Comme le précédent auteur, à propos de la nature de cette production maligne et de sa place dans le cadre nosologique, il montre le désaccord qui existe encore à ce sujet entre les nombreux auteurs qui se sont occupés de la question. « Nous avons, écrit-il, un néoplasme qui, suivant les opinions diverses, est soit un sarcome, soit un carcinome, ou une combinaison des deux, et

qui dérive, soit des éléments fœtaux, soit des éléments maternels, ou bien des deux.

« ... J'incline à penser que le terme *deciduoma malignum*, d'abord proposé par Sänger, est le plus approprié. »

Obs. — X... 19 ans. Antécédents familiaux, négatifs. Antécédents personnels, bons. Mariée 1 an et demi auparavant. En juillet 1900, un enfant qu'elle nourrit 8 mois. Menstruée en avril et mai 1901. En juin, les règles manquent. Vers la mi-juillet, elle commence à se plaindre de douleurs dans la partie inférieure du ventre. Examinée dans un dispensaire, on lui déclare qu'elle est enceinte. Fin juillet, quelques hémorrhagies utérines, plus tard écoulement d'une certaine quantité de liquide sanguinolent. Le Dr Freedman appelé un matin constate une hémorrhagie abondante : vagin distendu par des caillots, orifice de l'utérus dilaté comme deux travers de doigt, utérus gros comme à 6 mois de grossesse. La femme a de fortes douleurs d'enfantement. L'évacuation d'un demi-seau de vésicules hydatiques est suivie de la contraction utérine et de la cessation de l'hémorrhagie. Le médecin fait un tamponnement vaginal, et fait transférer la femme à l'hôpital, où elle entre le 7 août. *Examen* : utérus volumineux et mou, orifice dilaté, hémorrhagie utérine. T. 37°,8 ; P. 120 ; R. 32. Le même jour, le Dr Bradner, chirurgien de l'hôpital, fait le curettage et ramène quelques petits kystes et quelques lambeaux de tissu. Irrigation avec une solution saline de la cavité utérine et tamponnement. La malade se remet bien et reçoit son *exeat* le 23 août. Elle revient à l'hôpital le 5 septembre, accusant de la douleur au niveau de l'utérus. A l'*examen*, l'utérus apparaît gros, congestionné, il saigne légèrement. *Traitement* : toniques, ergot, douches. Comme l'hémorrhagie persiste, nouveau curettage le 10 septembre, qui ne ramène que peu de chose. Irrigation intra-utérine, tamponnement. — Durant la nuit du 3 octobre, hémorrhagie utérine sévère. Tamponnement et retour à l'hôpital. L'auteur examine pour la première fois la malade le 4 octobre au matin. *Examen* : état anémique accusé ; tous les muscles flasques, peau légèrement œdémateuse. Cœur normal. Quelques râles au poumon gauche ; toux, expectoration un peu sanguinolente. Urines normales. Kystes des deux ovaires. Utérus très gros, à parois, du corps et du col, très épaissies et congestionnées. Orifice béant, faible hémorrhagie venant de la cavité utérine. Parce qu'il n'a jamais observé d'état pathologique pareil si près de la grossesse, et à cause du fait de la môle hydatiforme constatée, l'auteur songe qu'il pouvait se trouver en présence d'un déciduome malin. En conséquence, l'orifice du col ayant été suffisamment dilaté, il explore avec l'index la cavité utérine. Et, après avoir retiré plusieurs caillots, il constate que l'endométrium est uni et normal sur toute son étendue, si ce n'est que sur la paroi postérieure, près de la corne utérine droite existe un nodule peu élevé : il est si intimement uni à la paroi utérine et à l'endométrium qu'il paraît être un soulèvement léger de la musculeuse. Impossible de le séparer, de le détacher de l'endométrium comme dans le cas de placenta adhérent. Il est souple, friable, spongieux et saigne abondamment au toucher. Au cours des manœuvres, le doigt le crève aisément, et pénètre la paroi de l'utérus jusqu'au voisinage de la séreuse. — Le diagnostic *déciduome malin* s'affirme, etc. Le lendemain, *hystérectomie abdominale totale* ; convalescence régulière. Expectoration sanguinolente et toux cessent immédiatement après l'opération.

Deux examens histologiques soigneux faits par des personnes compétentes (Drs Jeffries et O.-H. Schultze) confirmèrent formellement le diagnostic.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

L'accouchement normal : grossesse, accouchement, suites de couches. L. VALLOIS, Paris, 1902. — Le titre indique bien ce que s'est proposé l'auteur ; décrire soigneusement la grossesse, l'accouchement, la délivrance, les suites de couches physiologiques. — Diagnostic, conduite à suivre, détermination à prendre dans chaque cas particulier, tout cela découle nettement des descriptions précises faites dans ce petit traité qu'étudiants, sages-femmes et praticiens consulteront avec fruit. R. L.

Contribution clinique à l'étude de l'éclampsie (Kasuistischer Beitrag zur Eklampsie). KURT KAMANN. — L'auteur relate *in extenso* un cas d'éclampsie, survenue fin grossesse, peut-être même à l'occasion du début du travail, et qui présente deux points particulièrement intéressants : 1° l'action remarquablement efficace qu'eut l'injection sous-durale de tropacoçaïne, qui coupa en quelque sorte l'attaque éclamptique, et de plus ramena le pouls (à un moment donné incomptable) et la température à la normale, produisit en somme une amélioration tellement manifeste qu'on fut en droit d'espérer, après un accouchement qui s'était terminé simplement et pour ainsi dire sans souffrances, sinon sans contractions, des suites de couches régulières ; 2° le développement, en dépit de ces modifications si rassurantes qui avaient suivi l'utilisation, par injection sous-durale, de la tropacocaïne (2 injections de 5 centigrammes chacune), d'un processus pathologique, vraisemblablement de nature toxique, qui tua l'accouchée en moins de cinq jours. Or, l'ensemble des phénomènes cliniques observés permirent de faire, par exclusion, le diagnostic suivant : *processus hépatique aboutissant à la nécrose, causé par la pénétration dans le sang maternel, à travers le placenta, de substances toxiques venues du fœtus ; processus antérieur à l'éclosion des accès éclamptiques ou ultérieur à ces accès. Mort par insuffisance cardiaque consécutivement à une pneumonie du lobe supérieur du poumon gauche.* Le diagnostic clinique fut d'ailleurs confirmé par les constatations faites à l'autopsie.

Après l'exposition minutieuse de ce cas intéressant, l'auteur aborde de façon brève la discussion des théories multiples touchant l'étiologie de l'éclampsie, et marque ses préférences pour l'*hypothèse* de Schmorl que *l'éclampsie serait une intoxication d'origine fœtale.* R. L.

Des varices des régions sus et pré-pubiennes. J. LEGROS, Th. Paris, 1902. — L'auteur entend par régions sus et pré-pubiennes un espace formé par le mont de Vénus et par un rectangle déterminé au moyen de deux lignes verticales, l'une médiane, l'autre tombant de l'extrémité de la 9e côte, et deux lignes horizontales passant l'une par l'épine iliaque antéro-inférieure, l'autre par le bord supérieur du pubis. Les varices de cette région ont été certes peu étudiées, l'importance des varices des organes génitaux et des varices des membres inférieurs retenant surtout l'attention. Toutefois, un seul fait, l'utilisation relativement fréquente, à l'heure actuelle, de la symphyséotomie, suffirait à légitimer une pareille étude ! D'ailleurs, ce n'est pas là le seul point intéressant de ce travail, ainsi qu'il ressort de la simple lecture des *conclusions* qui sont :

Les varices de la région sus-pubienne, assez fréquentes chez les femmes enceintes, accompagnent presque toujours celles des organes génitaux.

Elles peuvent apparaître à toutes les périodes de la grossesse, précéder ou suivre l'apparition des varices génitales.

Ordinairement peu dévelopées, elles sont susceptibles d'atteindre parfois un volume considérable.

L'on ne peut tirer de leur présence aucune conclusion favorable à l'existence d'une grossesse gémellaire, d'une présentation vicieuse, ou d'une viciation du bassin.

Par contre, leur *disparition* au cours de la grossesse pourrait faire soupçonner la *mort* du fœtus.

Bien développées, elles pourraient témoigner d'une dilatation anormale des veines du ligament rond et du plexus utéro-ovarien.

Leur volume exagéré augmenterait peut-être les difficultés et les dangers de la symphyséotomie. R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME LVII

Janvier à Juin 1902.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME LVII

Janvier à Juin 1902.

SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUES ANALYTIQUES

BIBLIOGRAPHIE

Paris-Tours, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME LVIII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs
Pour les départements	20 —
Pour les pays de l'Union postale.	22 —

Les abonnements sont reçus : à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne ; — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 4, place Malesherbes, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Imp. E. ARRAULT et Cie, Tours.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME LVIII

Contenant des travaux de

Cristeanu, Demons et Fieu, Gache (S.), Hartmann,
Herrgott (A.), Franta,
Fruhinsholz, Jacobson, Keitler et Pernitza, Labusquière,
Pinard, Varnier.

1902

(2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1902

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

JUILLET 1902

MYXŒDÈME, PARTURITION ET ÉCLAMPSIE

Par **A. Herrgott**,
Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy.

Le myxœdème, cet état pathologique, découvert en 1873, par W. Gull et auquel Ord a donné, en 1877, le nom qu'il conserve aujourd'hui, est caractérisé par un arrêt de développement physique et intellectuel produit par l'abolition de la fonction thyroïdienne, que cette fonction ait été altérée par un arrêt de développement de la glande, par sa dégénérescence, son atrophie, ou à la suite d'une ablation chirurgicale.

Chez les myxœdémateuses, les organes génitaux participent à cet arrêt de développement ; aussi, chez elles, les cas de fécondation sont-ils rares, et ne s'observent que dans les formes atténuées de cette maladie, dans les formes frustes du myxœdème atrophique.

C'est un de ces exemples d'accouchement chez une myxœdémateuse que je viens rapporter.

Le 7 mars 1902, entre à la Maternité de Nancy une femme de 18 ans, envoyée par le docteur Guyon, de Remiremont, pour qu'on provoque prématurément l'accouchement à cause d'une étroitesse pelvienne dont elle est atteinte.

Cette femme est très petite. Sa taille n'est que de 1 m. 21, mais le corps est bien proportionné dans son ensemble. L'impression

qu'on éprouve en la voyant est qu'on se trouve en présence d'un enfant de 11 ans bien plus que devant une personne de 18.



La face a cet aspect à la fois « poupon » et un peu vieillot, tout à fait caractéristique, elle est légèrement bouffie et la coloration

de la peau est terne et grisâtre. Le cou paraît normal, mais à la palpation *on ne trouve aucune trace de corps thyroïde.*

Le système pileux est inégalement développé. Les cheveux sont abondants, les cils et les sourcils bien fournis, mais par contre il y a absence de poils aux aisselles et au pubis. On ne trouve que quelques poils épars et courts sur les parties externes des grandes lèvres.

La peau du corps est sèche, peu colorée, d'une teinte terreuse. Elle est légèrement rugueuse et un peu ridée.

Les seins sont formés, mais peu développés. Les aréoles ne sont pas pigmentées et la ligne brune est à peine marquée.

Les extrémités ne sont pas fraîches et la malade n'éprouve pas de sensation subjective de froid.

L'intelligence est assez développée, bien que l'impassibilité de sa physionomie soit de nature à faire supposer le contraire. Elle lit du reste très couramment et répond nettement, quoique très lentement avec une voix un peu rauque, aux questions qui lui sont adressées. Elle sait aussi un peu de calcul. Ainsi que cela s'observe *dans les formes frustes du myxœdème atrophique*, l'intelligence, quoique paresseuse, subsiste, tandis qu'elle est, on le sait, très diminuée dans le *myxœdème infantile précoce ;* elle est même complètement abolie dans une forme plus accentuée, dans le *myxœdème congénital*, où il se produit tout à la fois un arrêt de développement physique complet, le *nanisme*, et un arrêt de développement intellectuel absolu, l'*idiotie*.

Les antécédents de notre malade, Pélagie L..., ne sont pas sans présenter quelque intérêt.

Elle est née dans un village des Vosges où il n'y a pas de goitreux. Elle ignore si sa mère, morte il y a 14 mois, d'un cancer utérin, avait un goitre, mais actuellement elle ne connaît personne dans sa famille qui en ait. Son père, qui mesure 1 m. 58, est intelligent, bien portant et nullement alcoolique. Elle a eu 9 frères et sœurs. Un seul a succombé à l'âge de 8 ou 10 mois, à la suite de convulsions. Les huit autres sont bien portants, mais trois d'entre eux sont de très petite taille. Ils ont tous été élevés au sein par leur mère ; Pélagie comme les autres.

Depuis sa première enfance ; elle a toujours été bien portante. Menstruée pour la première fois à 14 ans, elle l'a toujours été régulièrement jusque dans le courant de juillet 1901. La concep-

tion, qui serait, d'après elle, la conséquence d'un viol, mais sans effort, croyons-nous, daterait des premiers jours d'août.

Sa grossesse s'est bien passée. Elle n'a éprouvé aucun trouble sympathique. Elle n'a eu ni vomissements, ni lipothymies, ni céphalée, ni troubles oculaires, ni œdème, ni épistaxis. Elle a pu continuer à travailler jusqu'au jour où, justement préoccupée de la petitesse de sa taille, un médecin l'avait envoyée à la Maternité.

A son arrivée, on constate que la hauteur de l'utérus est de 32 centimètres et que le fond de cet organe atteint l'appendice xyphoïde.

Le fœtus se présente par le sommet, en droite postérieure ; les battements sont réguliers ; la tête mobile au-dessus du détroit supérieur ne fait cependant pas voussure au niveau du rebord de la symphyse pubienne.

Pendant qu'on l'examine, l'utérus se contracte énergiquement et la malade nous dit avoir mal ainsi depuis plusieurs jours. Au toucher, qui est très douloureux, l'orifice vulvaire étant très étroit, on trouve, en effet, que le col est presque complètement effacé, qu'il y a même un commencement de dilatation.

Le toucher mensurateur nous permet de constater que le *diamètre utile* est de 84 *millimètres*. Les autres diamètres mesurés sont le bi-crête, 22 centimètres ; le bi-épine, 20 centimètres, le conjugué externe, 16 centimètres.

Les urines examinées à ce moment ne contiennent pas d'albumine.

Le travail s'étant déclaré spontanément, je n'avais plus à le provoquer. Mais notre malade me semble plus avancée dans le cours de sa grossesse qu'elle ne nous l'avait déclaré, et je suis un peu préoccupé de la possibilité du passage spontané de la tête à travers ce bassin généralement rétréci qui avait conservé le type infantile, ainsi que l'a confirmé la radiographie qui en a été faite ultérieurement et qui a démontré l'absence de soudure des os iliaque, ischion et pubis au niveau de la cavité cotyloïde.

Le 8 mars, Pélagie L... est dans le même état que la veille. Le travail n'a pas progressé. Pour en accélérer la marche, on introduit profondément entre la paroi de la cavité utérine et les membranes une sonde en gomme n° 25.

Le lendemain, 9 mars, je constate que la dilatation a peu augmenté, malgré l'introduction de la sonde, elle est de 2 francs

environ. La poche des eaux est tendue et la tête demeure toujours difficilement accessible.

A 6 heures du soir, les contractions deviennent plus énergiques, la tête semble moins mobile et la dilatation est plus considérable. La malade, très calme dans l'intervalle des contractions, boit volontiers le lait qu'on lui présente; elle ne semble pas fatiguée par la lenteur du travail lorsque subitement, à 8 heures et demie, elle est en proie à une *crise d'éclampsie*, peu intense il est vrai, caractérisée surtout par des convulsions des muscles de l'œil et des muscles de la face. Elle perd connaissance, mais ne tarde pas à revenir à elle.

Une heure après, nouvelle crise plus forte et plus longue. A ce moment la température est à 38 et le pouls à 96. La respiration est régulière et, cette fois encore, la malade reprend connaissance, puis les crises se succèdent d'heure en heure. Toutes ces crises présentent les caractères classiques et habituels des crises éclamptiques. Les contractions, surtout toniques, plus marquées aux membres supérieurs, au tronc et à la face, se terminent par des phénomènes asphyxiques. La malade, bien qu'elle ne soit pas dans le coma complet, ne retrouve cependant plus sa connaissance dans l'intervalle des accès. Elle ne peut absorber de liquide, mais elle a eu plusieurs émissions d'urine involontaires.

Le 10, à 4 heures du matin, la température est de 39,4 et le pouls est à 120.

Le traitement employé est le traitement habituel des accès éclamptiques : émission sanguine, lavement purgatif, injections sous-cutanées de sérum et inhalations chloroformiques.

A 6 heures du matin, la dilatation étant complète, on retire la sonde et les membranes sont rompues artificiellement. La tête s'engage aussitôt, fortement fléchie, la petite fontanelle au centre de l'excavation, elle descend assez rapidement jusque sur le périnée. Le mouvement de rotation s'effectue à 9 heures et demie. A ce moment, les battements fœtaux qui avaient été normaux jusqu'alors, deviennent un peu plus lents tout en continuant à être réguliers.

Trente minutes après, la tête franchit péniblement l'orifice vulvaire en raison de l'extrême étroitesse des parties génitales. La tête dégagée, on extrait le tronc. La délivrance se fait facilement. Le placenta qui pèse 350 grammes n'est pas altéré. L'enfant, un

garçon, du poids de 2.500 grammes, naît en état de mort apparente ; il ne peut être ranimé malgré toutes nos tentatives pour le ramener à la vie. Il succombe au bout d'une demi-heure, sans avoir fait d'inspiration.

L'autopsie a permis de constater une congestion très intense des méninges du cerveau et des sinus, congestion produite vraisemblablement par la longueur du travail dont la période de dilatation avait duré plusieurs jours, alors que les périodes d'engagement et d'expulsion avaient été remarquablement rapides, surtout si l'on songe à l'étroitesse des parties molles plus encore qu'à l'angustie pelvienne.

Après l'accouchement, on analyse à nouveau de l'urine recueillie à l'aide d'une sonde ; elle ne contient qu'une quantité *non dosable* d'albumine.

Dans le courant de la journée et de la nuit, Pélagie L... eut encore huit crises, qui, à part la dernière, furent moins fortes que celles qui s'étaient produites pendant le travail.

Le 11 au matin, j'ai la satisfaction de trouver notre malade mieux. Elle est apyrétique ; si elle ne répond pas encore aux questions qui lui sont adressées et si elle refuse de boire le lait qu'on lui présente, elle semble cependant avoir conscience de ce qui se passe autour d'elle et elle n'a plus eu d'attaque d'éclampsie depuis celle de 2 heures du matin, qui avait été *la vingtième*. Il y en avait eu 12 avant l'expulsion du fœtus et 8 après.

On recueille de nouveau de l'urine à l'aide de la sonde. On l'envoie au laboratoire des cliniques de la Faculté.

Voici le résultat de cette analyse faite par M. le professeur agrégé Guérin.

Cette urine contient par litre :

970 gr. 60 d'eau.
29 gr. 40 de matières solides.
12 gr. 88 d'urée.
3 gr. 10 de chlore des chlorures.
1 gr. 27 d'acide phosphorique total et des traces non dosables d'albumine.

Le lendemain, le 12, notre malade recommence à boire ; elle absorbe un litre et demi de lait dans la journée.

Puis, peu à peu, l'état général s'améliore, l'intelligence reparaît ; les fonctions redeviennent normales.

Le 20, on analyse une dernière fois les urines qui ne contiennent plus de traces d'albumine et, le 27 mars, Pélagie L... complètement rétablie quitte la Maternité pour retourner chez elle, dans les Vosges.

Je n'insisterai pas sur la manière dont l'accouchement s'est effectué à travers le bassin généralement rétréci, qui avait conservé le type infantile, ainsi que l'examen radiographique l'a prouvé, en montrant chez cette fille de 18 ans, au niveau de la cavité cotyloïde, la non-ossification et la persistance de l'état cartilagineux de la réunion des trois os, qui constituent l'os iliaque. Cet état infantile du squelette, que l'aspect général de Pélagie L... rendait si évident, est une caractéristique du myxœdème. Rarement les accoucheurs ont à s'en occuper, car chez les myxœdémateuses l'atrophie ou le développement imparfait des organes génitaux rend la fécondation exceptionnelle.

Ce dont je pense surtout m'occuper, c'est de cette éclampsie qui est si brusquement venue troubler la marche du travail, et que rien, au premier abord, ne permettait de prévoir. Les urines examinées quelques heures avant l'apparition des accès étaient normales; il n'y avait ni céphalalgie, ni troubles visuels, et, pendant les accès, l'albumine trouvée dans l'urine était en si petite quantité qu'elle n'était pas dosable, alors qu'habituellement l'urine, quand on parvient à en recueillir pendant la bourrasque éclamptique, en contient en si notable proportion qu'elle n'est plus dosable, parce qu'il y en a trop.

Nous ne nous sommes donc pas trouvés en présence de ce que j'appellerais volontiers une *éclampsie ordinaire* bien que les accès aient été tout à fait comparables à ceux de l'éclampsie habituelle.

La cause de cette intoxication qui s'est manifestée par des crises éclamptiformes, c'est, croyons-nous, dans l'état myxœdémateux dont est atteint notre malade que nous devons la trouver.

On sait que le professeur Jacques Reverdin, dans une com-

munication faite, en 1882, à la Société de médecine de Genève, a attiré l'attention des médecins sur la fréquence des phénomènes nerveux consécutifs à l'ablation du corps thyroïde, et, l'année suivante, dans un mémoire fait en collaboration avec son cousin, le professeur Auguste Reverdin, insistant sur l'analogie des symptômes observés avec ceux du myxœdème, il a proposé de désigner cette cachexie sous le nom de « myxœdème opératoire ».

Le professeur Kocher, de son côté, réunissant les observations déjà publiées, d'ablation du goitre, faisait, à la même époque, une étude symptomatologique des plus complètes du myxœdème opératoire, et montrait que la suppression de la glande thyroïde pouvait parfois produire un empoisonnement aigu se manifestant par des troubles nerveux et particulièrement par des contractures musculaires très douloureuses, d'où l'appellation de *tétanie opératoire* en raison de son analogie avec la forme classique de la *tétanie vraie*.

La suppression de la glande thyroïde est donc susceptible de produire des troubles trophiques et des troubles nerveux semblables à ceux que l'on observe quand la thyroïde est altérée, soit par une dégénérescence kystique, soit par une sclérose atrophique. Il s'ensuit que le rôle de la glande thyroïde en tant que glande à sécrétion interne serait double, et les manifestations pathologiques observées quand elle est malade ou détruite ou enlevée en font connaître indirectement toute l'importance.

Ces données cliniques avaient été expérimentalement confirmées par les expériences que Schiff avait entreprises, dès 1859, sur des animaux qu'il avait thyroïdectomisés, puis par Hofmeister et V. Eiselsberg dont les recherches sur le myxœdème expérimental chez les animaux nouveau-nés furent le point de départ des travaux très importants que A. Combe a résumés dans son article « Myxœdème » du *Traité des maladies de l'enfance* (1).

(1) T. III, p. 934, Paris, 1897.

Il s'ensuit que la glande thyroïde semble être une glande antitoxique qui détruit une substance toxique circulant dans le sang, ou qui la modifie en la rendant inoffensive.

L'organo-thérapie thyroïdienne est venue, de son côté, confirmer cette proposition, en corrigeant ou en suppléant les effets pathologiques résultant de l'insuffisance thyroïdienne.

Cependant la glande thyroïde *seule* n'aurait pas, en réalité, un rôle aussi *complexe*.

M. Gley, en 1891, on s'en souvient, a été amené par ses importantes recherches expérimentales sur la glande thyroïde à découvrir l'existence de petits lobules situés à côté du corps thyroïde classique. Il les a appelés *corpuscules parathyroïdes*; leur importance physiologique serait très considérable.

M. Brissaud, dans un intéressant travail publié par la *Presse médicale*, en 1898 (1), a, en quelque sorte, mis au point l'état de nos connaissances sur le myxœdème thyroïdien et le myxœdème parathyroïdien. « On doit admettre, dit-il, l'existence d'un état morbide ayant pour origine l'annihilation des glandes de Gley... Si la pathologie n'a pu jusqu'à ce jour contribuer à établir la dualité de la fonction thyroïdienne, cela tient à ce que la glande de l'homme paraît, jusqu'à plus ample informé, réunie et confondue en un seul parenchyme. Les épithéliums de forme et d'attributions distinctes qui, chez la plupart des mammifères, forment deux sortes de glandes également distinctes : les *thyroïdes* proprement dites et les *parathyroïdes*. La dualité de la fonction n'en existerait pas moins chez l'homme si la glande a deux sécrétions entretenues et garanties chacune par l'intégrité de son épithélium. *De la dualité physiologique découle la dualité pathologique...* En tous cas, il me paraît désormais incontestable que le myxœdème *thyroïdien* proprement dit est celui qui ne se complique pas d'apathie intellectuelle, et que le myxœdème *parathyroïdien* est celui qui, provenant d'une altération *totale* de l'appareil glandulaire, se traduit — outre l'infiltration caractéristique —

(1) 1er janvier 1898, p. 1.

par l'arrêt de développement, de l'idiotie crétinoïde, ou par l'abrutissement de la cachexie strumiprive. »

Pour d'autres expérimentateurs, parmi lesquels je citerai M. Moussu (1), le rôle respectif des glandes et des glandules serait encore plus simple. La suppression de la thyroïde donnerait lieu à des troubles trophiques et celle des glandules amènerait des accidents convulsifs.

Cette manière de voir n'est, il est vrai, pas considérée comme suffisamment démontrée par tous les physiologistes, aussi continue-t-on par de nouvelles recherches à préciser davantage le rôle de chacune de ces glandes.

Un ancien interne de la Maternité de Nancy, M. Jeandelize, est même en train de faire sa thèse sur l'*insuffisance thyroïdienne* et, prochainement, nous connaîtrons le résultat de ses recherches et de ses expériences. Mais, dès maintenant, nous savons qu'en général les *physiologistes sont portés à attribuer les troubles de la nutrition, le myxœdème proprement dit, à l'altération de la glande thyroïde, tandis que les troubles nerveux, convulsifs, la dyspnée seraient surtout la conséquence de l'altération ou de l'insuffisance des glandules parathyroïdes de Gley.*

Nous pensons donc que dans l'observation qui fait l'objet de ce travail il est logique de penser que l'insuffisance de la glande thyroïde et surtout des glandules parathyroïdes n'est pas étrangère à la production des crises éclamptiformes que nous avons constatées, insuffisance qui a été soulignée, en quelque sorte mise au jour, par l'acte même de la parturition.

A l'appui de cette assertion, je citerai le fait suivant qui se trouve dans un travail des docteurs Verstraeten et Vanderlinden sur *l'étude des fonctions du corps thyroïdien*, publié en 1897 dans les *Annales de la Société de médecine* de Gand ; travail que M. Jeandelize m'a fait connaître, et qui me

(1) *Recherches sur les fonctions thyroïdiennes et parathyroïdiennes*, Thèse de Paris, 16 juillet 1897, et *Presse médicale*, 12 janvier 1898, p. 17.

paraît bien de nature à confirmer l'hypothèse que je viens d'émettre.

Voici les passages les plus importants de cette remarquable observation :

Il s'agit d'une chatte mise en cage le 10 juin 1892, et à laquelle MM. Verstraeten et Vanderlinden firent subir l'ablation des deux glandes thyroïdes. Ces deux glandes furent triturées dans de l'eau aseptique, et la totalité du macéré ainsi obtenu fut injectée dans la cavité abdominale.

A la suite de cette ablation, les instincts félins parurent avoir disparu. Les instincts de reproduction semblaient aussi fort atteints et quasi abolis « quoique les saisons du rut attirassent encore le mâle », lorsqu'en 1895, *contre toute attente*, elle devint enceinte. Tout alla bien jusqu'aux premiers symptômes du part. Mais à partir de cette date « la chatte refusa toute nourriture et tomba dans un état voisin du coma. De plus, elle avait de fréquents accès de convulsions générales, et, en dehors de ces accès, il persistait de la raideur avec faiblesse des membres. Chaque fois qu'on forçait la bête à se redresser et à marcher, on provoquait des convulsions cloniques et toniques... »

Cet état durait depuis cinq jours, la parturition n'aboutissait pas et l'animal semblait sur le point de succomber.

MM. Verstraeten et Vanderlinden diagnostiquent « un état éclamptique en rapport pathogénique avec le part chez un animal thyroïdectomisé ».

Pour remédier à cet état, ces expérimentateurs eurent l'idée « d'injecter sous la peau, dans le tissu musculaire, 6 centimètres cubes de macération fraîche et triturée d'une demi-glande thyroïde de mouton ». Une heure après, l'état de l'animal s'était déjà amendé. « Le mieux s'accentua de plus en plus, si bien que la tétanie était moins prononcée et que les convulsions ne reparurent plus. »

Le lendemain, les contractions de la matrice étant devenues plus énergiques et plus efficaces, elle mettait bas un petit chat mort-né, et, à partir de ce moment, elle revint rapidement à la santé.

Les accidents observés chez cette chatte ont une grande analogie avec ceux de la tétanie opératoire, mais ici « la bête

se trouvait dans des conditions spéciales par suite de sa gravidité qui touchait à sa fin, car le travail avait commencé au moment de l'éclosion des symptômes athyroïdiques. C'est là un fait prédominant dans ce processus pathologique qui commence et finit avec le part. Aussi bien avant comme après le travail, le chat a vécu de sa vie indolente propre aux animaux dont l'insuffisance thyroïdienne est démontrée. »

MM. Verstraeten et Vanderlinden espéraient que cette chatte redeviendrait enceinte, mais jusqu'ici leur espoir a été déçu.

« On reporte forcément son attention, disent-ils en terminant, vers cet autre état bien terrible, l'éclampsie puerpérale, qui a fait et fait encore tant de victimes.

« Cette maladie peut, sous beaucoup de rapports, être comparée à un état d'insuffisance thyroïdienne momentanée, à un empoisonnement qui pourrait trouver son explication dans l'état puerpéral d'une part et dans un trouble thyroïdien d'autre part. »

Dans un travail intitulé « Éclampsie et glande thyroïde », publié en juin 1901, par Oliphant Nicholson dans le *Scottish medical* ou *Surgical Journal*, travail que M. L. Lereboullet a analysé dans la *Revue de neurologie* du 30 octobre dernier, M. Nicholson rapporte un cas d'éclampsie traitée avec succès par l'extrait thyroïdien et cherche à établir une relation entre l'insuffisance thyroïdienne et l'éclampsie.

Je me borne à attirer l'attention sur cette intéressante observation publiée par Nicholson, croyant qu'il serait prématuré, pour l'instant, d'en tirer des conclusions qui, si elles étaient généralisées, pourraient n'être plus conformes à la réalité.

En faisant connaître le fait curieux qui venait de se passer dans mon service, j'ai surtout voulu attirer l'attention des accoucheurs sur une nouvelle cause d'accès éclamptiques.

En résumé, une myxœdémateuse étant devenue enceinte, ce qui est exceptionnel, est prise, *dans le cours de son accouchement*, d'accès éclamptiques, alors que l'urine ne contenait pas d'albumine.

Connaissant les troubles nerveux qui se produisent dans la thyroïdectomie, auxquels on a donné le nom de tétanie opératoire ; sachant, d'autre part, le rôle particulier de la glande thyroïde et celui des glandes parathyroïdes qui, dans l'espèce humaine, sont accôlées les unes aux autres, il y a lieu de se demander si, dans notre cas, les accès convulsifs éclamptiques, qui ont tant de rapports communs avec la tétanie opératoire, n'étaient pas dus à l'insuffisance des glandes parathyroïdes, qui sont peu développées ou altérées chez les myxœdémateuses.

En un mot, si aux éclampsies précédemment connues résultant d'une lésion rénale ou d'une insuffisance hépatique, il n'y avait pas lieu d'en ajouter une nouvelle résultant de l'insuffisance du corps thyroïde et plus spécialement des glandes parathyroïdes ?

CINQ OBSERVATIONS D'OPÉRATION CÉSARIENNE

CHEZ LES FEMMES RACHITIQUES. — GUÉRISONS

Par le docteur **Samuel Gache** (de Buenos-Ayres), accoucheur de l'hôpital Rawson; lauréat de l'Institut et de la Faculté de médecine de Paris.

Les indications de l'opération césarienne sont très exceptionnelles parmi les femmes nées dans la République Argentine.

Les viciations pelviennes consécutives au rachitisme n'existent pas chez elles, et l'unique déformation pelvienne, qu'on observe dans les maternités de Buenos-Ayres chez les femmes argentines, est le bassin plat, non rachitique.

Les vices de conformation pelvienne résultant du rachitisme ne se constatent ici que chez les étrangères, les Italiennes ou les Espagnoles en particulier.

Voici 5 observations d'opérations césariennes que j'ai pratiquées avec succès à la maternité de l'hôpital Rawson:

Obs. I. — Jorga E..., Espagnole, primipare, 38 ans, entre à la maternité Rawson, le 30 juillet 1898, au 5e mois de sa grossesse. Elle n'a pas connu ses parents qu'elle a perdus à l'âge de 5 ans; sa sœur est hystérique. Elle présente une cyphose dorsale très prononcée; elle a eu une pneumonie à 16 ans.

Ses premières règles à 17 ans; elles ont toujours été irrégulières.

Dernières règles le 10 février 1898. Grossesse normale. Bassin de 6 centimètres (a. p.), rachitique, diminué dans tous ses diamètres. Le thorax, très court, présente une proéminence dans le milieu qui le rend irrégulier. Tous les organes internes fonctionnent bien. Il n'y a ni albumine, ni glucose dans les urines. Dans tout le squelette on retrouve des signes de rachitisme; stature, 1 m. 20; parenthèse tibiale et fémorale.

Le douleurs de l'accouchement se déclaraient le 21 novembre, et vint le moment d'intervenir.

Opération : 7 heures après que le travail avait commencé, après antisepsie, cathétérisme vésical, etc., on anesthésie la femme. Je pratique l'opération césarienne, assisté du docteur Sobre Casas, de l'interne M. Beltrami et de l'accoucheuse de service. Incision médiane, extraction de l'utérus, compression provisoire des vaisseaux au moyen des mains de l'aide, incision de l'utérus et du placenta (ce dernier s'insérait sur la face antérieure de l'utérus), hémorrhagie minime, extraction du fœtus et du placenta, injection d'ergotine dans le parenchyme utérin, suture du même en deux étages, ligature des trompes dans le but de provoquer la stérilité, suture de la paroi. Les sutures de l'utérus furent pratiquées avec de la soie. L'enfant pesait 2.500 grammes et mesurait 48 centimètres de longueur.

L'opérée ne présenta aucune complication ultérieure; les sutures s'enlevèrent au bout de 10 jours, réunion idéale : au bout d'un mois, la mère et l'enfant quittèrent l'hôpital en parfaite santé.

A ce moment, l'enfant pesait 3.520 grammes.

Obs. II. — MM..., Argentine, 21 ans; ses parents sont sains, sa mère a eu 2 avortements et 12 enfants bien portants. Il n'y a pas de tuberculose dans la famille. Variole, à 5 ans. A l'âge de 9 mois, elle reçut un coup et fit une chute d'un mètre de hauteur, et depuis lors sa mère déclare qu'elle commença à observer une élévation dans la région lombo-dorsale qui s'accentua vers la 14e année. La marche fut arrêtée pendant tout ce temps et seulement après une année, M. M... commença à marcher sans éprouver de contre-temps ni dans sa mobilité, ni dans sa sensibilité.

Premières règles à 13 ans; elles se produisent régulièrement, sans douleur, durent 3 ou 4 jours.

A 18 ans, elle a sa première grossesse, qui suit un cours normal jusqu'au terme. L'accouchement commencé se prolongea pendant 31 heures sans solution spontanée, ce que voyant on essaya plusieurs applications du forceps. En présence des résultats, on pratiqua l'embryotomie. Ce premier accouchement eut lieu chez le malade. Elle se leva 22 jours après l'opération; suites de couches normales.

Trois ans après ce premier accouchement, nouvelle grossesse, et

elle se décide à entrer à la maternité Rawson, le 25 juillet 1899.

Etat actuel : M. M... a 21 ans; taille 1 m. 40; bonnes conditions de nutrition. A l'inspection, on observe une cyphose dorso-lombaire à partir de la 7e vertèbre dorsale jusqu'à la naissance du sacrum formant un angle de 120° approximativement; les bras arrivent latéralement au niveau des genoux: le rebord costal atteint le niveau des crêtes iliaques. Hauteur du thorax dans la ligne moyenne 0 m. 17 centimètres; hauteur du thorax (partie postérieure) 0 m. 13; largeur des épaules 0 m. 33 centimètres, ventre en forme de besace arrivant dans sa limite supérieure jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde et dans le bas jusqu'au niveau du pli génito-crural; ombilic saillant; membres inférieurs bien développés. Cœur, poumons, reins, normaux.

Bassin en forme d'entonnoir; on n'observe aucune déformation ni proéminence interne ou externe. Les diamètres sont : entre les deux épines iliaques antéro-supérieures, 30 centimètres ; hauteur du pubis, 6 centimètres; épaisseur du même, 2 centimètres; diamètre bi-ischiatique, 5 centimètres; coccy-sous-pubien, 6 centimètres. Le promontoire est inaccessible.

On résolut de pratiquer l'opération césarienne et on la réalisa dès le commencement du travail. Il n'y eut pas d'accident et l'intervention fut rapide. Le docteur C. Sobre Casas, chargé de la Maternité pendant que j'étais en Europe, pratiqua l'opération avec l'aide du docteur A. Chiocconi et de l'interne Fiverico A. Oscamon. Le fœtus pesait 3.555 grammes, mesurait 50 centimètres de longueur. Suture avec de la soie. 25 jours après l'opération, la mère et l'enfant quittent l'hôpital en bon état de santé.

Obs. III. — Juana M..., Espagnole, 30 ans, domestique, primipare, entra à la Maternité Rawson, le 30 janvier 1901.

Première apparition des règles à 20 ans ; dernières règles avril 1900.

A. H. : père sain, 60 ans ; mère 60 ans paraplégique depuis 3 ans : les accouchements de cette femme ont été dystociques.

A. P. : rougeole à 7 ans ; variole à 10 ; première menstruation à 20 ans. Juana déclare que, peu de temps après l'apparition de ses règles, elles furent suspendues par suite d'une maladie. Après son rétablissement, elles ont été régulières jusqu'à la fin d'avril 1900, époque à laquelle la grossesse a commencé.

État actuel. — Stature 1 m. 40. Elle présente tous les signes du rachitisme : parenthèse tibiale et fémorale, palais ogival, etc.

Le bassin est rétréci dans son diamètre antéro-postérieur ; il mesure 7 centimètres. Le diamètre de Baudelocque est de 16 ; le bi-épineux est de 24, le bi-iliaque de 26.

Le 14 février 1901, les douleurs de l'accouchement se manifestent à 6 heures du soir, il n'y a pas engagement ; à 11 heures du soir, on anesthésie la patiente; assisté du docteur Sobre Casas et de l'interne Gabriel Errca, je pratique l'opération césarienne, j'extrais un fœtus vivant de 3.180 grammes. Injection d'ergotine dans le tissus utérin ; suture de la plaie avec de la soie, à deux étages

Au bout de dix jours on enlevait les sutures de la peau et on constatait une cicatrisation complète. Le 7 mars, la mère et l'enfant sortaient de l'hôpital en parfaite santé.

Obs. IV. — A. P..., Italienne, âgée de 39 ans, entra à la Maternité le 14 mai 1901.

A. H. : Inconnus.

A. P. Elle ignore à quel âge elle a commencé à marcher ; aucune maladie. A 16 ans, elle a eu les premières règles ; à 19 ans elles ont été suspendues pendant trois mois et cette suspension a été suivie d'une abondante hémorrhagie ; elle ne sait si ce fut un avortement.

A 25 ans, premier accouchement, terminé artificiellement après un travail de 36 heures par l'extraction d'un fœtus mort. Elle ne sait rien de l'intervention dont elle fut l'objet et n'a pas vu son enfant. De cette intervention pratiquée chez elle lui resta une fistule vésico-vaginale dont elle fut opérée plus tard à l'hôpital Rivadavin.

A 34 ans nouvelle grossesse qui se termine de la même façon que la première après un travail de 44 heures : accouchement artificiel, fœtus mort, déchirure considérable du périnée, fistule recto-vaginale. A 35 ans, elle fit un avortement de quatre mois, spontanément, sans conséquences pathologiques.

Actuellement A. P. a 39 ans ; les dernières règles se sont produites le 12 août 1900.

État actuel. — Cette femme entre pour la première fois à la Maternité le 14 mai 1901. Grossesse à terme ; membranes rompues 24 heures avant son entrée à l'hôpital ; dilatation lente. Le fœtus

vivant se présente du sommet O. I. D. T.; il n'y a pas d'engagement; la tête est peu accessible et très mobile.

Au toucher, on constate qu'on arrive au promontoire avec une très grande facilité; la mensuration interne, répétée plusieurs fois, donne une longueur de 7 centimètres entre le promontoire jusqu'à la symphyse pubienne.

La pelvimétrie externe prise très soigneusement donne les dimensions suivantes : l'espace qui sépare les épines iliaques antéro-supérieures est de 18 centimètres carrés; celui des crêtes iliaques est de 22 centimètres carrés et le diamètre de Baudelocque est de 14 centimètres.

Le squelette présente les signes évidents de rachitisme : parenthèse tibiale et fémorale, palais ogival, tête grosse, sternum proéminent. La taille est de 1 m. 27; les os des membres inférieurs sont très courts et présentent des incurvations de concavité interne. La longueur des fémurs est de 33 centimètres et celle des tibias de 30. Le sternum est saillant et mesure 17 centimètres. Légère lordose droite. Le développement de la tête n'est pas en proportion avec le reste du corps. Les éminences frontales sont très marquées. Les diamètres céphaliques sont les suivants : S. O. F. 17 centimètres; S. O. Br. 14; B. T. 13; O. M. 20; S. O. M. 18.

Je résolus de pratiquer l'opération césarienne avec l'aide de M. Séminaris, interne, du docteur Sobre Casas, médecin adjoint, et des internes Errca et Santa Maria.

Après l'incision de la paroi abdominale, je fais avec des ciseaux celle de l'utérus dans le sens longitudinal; en ouvrant l'utérus, j'incise le placenta inséré sur la face antérieure et j'extrais un fœtus vivant du sexe féminin; le cordon est lié et l'enfant est remis à l'accoucheuse. Le placenta détaché, je nettoie la cavité utérine avec de la gaze, en même temps un aide fait une injection d'ergotine dans le parenchyme. La rétraction de ce dernier fut instantanée et la perte de sang à peu près nulle.

Je pratique la suture de l'utérus en deux plans avec du catgut et je lie les trompes comme précaution contre des grossesses futures. La suture abdominale fut réalisée en deux étages; le premier formé par le péritoine se pratique avec de la soie; le second comprit le reste de la paroi, et on employa le crin.

Fœtus. — Poids, 3.750 grammes; longueur 49 centimètres, dia-

mètre de la tête : O. M. 13 1/2; O. F. 11 ; S. O. B. 9 1/2 : B. P. 9 ; B. T. 8. Poids du placenta 750 grammes. Longueur du cordon 47 centimètres.

Les suites de l'opération ont été très heureuses. Température normale. Au bout de 10 jours, les points de suture abdominale furent enlevés et on constata que la blessure était parfaitement cicatrisée.

Vingt jours après l'opération, la femme se levait, et la semaine suivante elle sortait de l'hôpital avec son enfant, les deux en bonne santé.

Obs. V. — Marguerite G..., Autrichienne, 22 ans, mariée.

A. H. : Les parents vivent; ils sont sains ; elle a quatre frères sains également. Les accouchements de la mère ont été normaux.

A. P. : Elle commence à marcher à 2 ans comme ses frères. A 10 ans elle a eu le paludisme dont elle a été atteinte pendant deux ans ; les règles ont fait leur apparition à 16 ans, et trois mois après elles ont été suspendues pendant six mois, elle suivit un traitement et les règles se rétablissent jusqu'à octobre 1900, époque qui correspond à la grossesse actuelle.

Le mari est sain, il a 36 ans, jardinier.

État actuel. — Bon état de nutrition, peau blanche un peu pigmentée dans la ligne blanche, l'aréole et la face. Stature peu élevée, 1 m. 43. Tête bien conformée avec les diamètres suivants : O. M. 23 centimètres ; S. O. M. 17 1/2 ; S. O. F. 17 ; S. O. B. 16 ; B. P. 14 ; B. T. 13. Dents cariées, palais de forme ogivale très prononcée. Corps bien formé : circonférence du thorax, 77 centimètres ; le sternum mesure 20 centimètres : la première pièce fait proéminence sur les autres ; il n'y a pas de chapelet costal ni déviation de la colonne vertébrale. Le bassin présente les diamètres externes suivants : A. P. 17 centimètres ; B. E. 26 ; B. T. 32 ; internes : B. S. P. 8 centimètres ; P. P. minimum 7. Au toucher, on observe une éminence que forme l'union des vertèbres sacrées. Les membres supérieurs sont bien conformés ; l'humérus mesure 28 centimètres ; le cubitus 33 ; les membres supérieurs sont courbés en dehors ; en les joignant, on observe une séparation notable dans la face interne des cuisses, ainsi qu'entre les deux jambes (parenthèse fémorale et tibiale) ; les fémurs mesurent 34 centimètres ; les tibias 33. La marche est anormale ; elle s'avance en rejetant le

corps tantôt sur une jambe, tantôt sur l'autre; elle soulève très peu le pied au-dessus du sol; sa démarche ressemble à celle du canard.

Elle a très bien supporté sans complication la grossesse actuelle qui est sa première.

Elle s'est présentée au service le 8e mois ; présentation d'épaule AIDA, qui a persisté jusqu'à la première apparition des douleurs (18 juillet à 4 heures du soir), où elle change en V. — OIIT. En entrant ce jour-là dans la salle des accouchements, elle avait deux doigts de dilatation, membranes intactes, pas d'engagement ; à 9 heures du soir, trois doigts sans engagement. On résolut de faire l'opération césarienne qui était très indiquée en raison de la viciation pelvienne.

A 11 h. 15 du soir l'anesthésie chloroformique étant confiée à M. Augarde, j'intervins suivant la pratique habituelle après antisepsie préalable avec le concours du docteur Sobre Casas, médecin agrégé, et des internes Santa Maria et Errca. Incision de la peau ; tissu cellulaire jusqu'au péritoine ; extraction de l'utérus qui est incisé sur la ligne moyenne depuis le fond jusqu'au segment inférieur, extraction du fœtus d'abord et de ses annexes ensuite, injection d'ergotine dans le parenchyme utérin. Afin d'éviter une grossesse ultérieure, j'ai suivi le procédé de Kossmann qui consiste à lier les trompes et à couper au thermo-cautère entre deux ligatures ; l'obstruction paraît être ainsi complète.

J'ai suturé l'utérus en deux plans avec le catgut, de même que le péritoine; la paroi abdominale a été fermée avec du crin.

Après l'opération qui a duré 22 minutes, un peu de sang est sorti du vagin pendant plusieurs heures et on a fait des injections vaginales chaudes.

Le suites de couches de cette femme ont été aussi normales que dans le plus régulier des accouchements : la température la plus élevée a été de 37°3 ; au bout de dix jours, on enlève les points de suture de la paroi abdominale.

La petite fille en naissant pèse 3.900 grammes ; elle mesure 51 centimètres, son état général est satisfaisant. Diamètre de la tête : O. M. 13 ; O. F. 12 ; S. O. B. 9 1/2 ; B. P. 9 ; B. T. 8. A la sortie de l'hôpital, la mère jouit d'une parfaite santé, elle a un lait abondant et sa fille pèse 4.120 grammes.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'ORIGINE MICROBIENNE DE L'ÉCLAMPSIE

CONTRIBUTIONS DE H. MULLER ET DE W. ALBERT

Par le Dr **R. Labusquière.**

La théorie de l'origine microbienne de l'éclampsie évidemment n'est pas neuve. On sait, en effet, que, dès 1884, Delore la soutint, et l'on connaît les contributions successives auxquelles elle donna lieu (Doléris et Pouey, Blanc, Hœgler, Hergott, Favre, etc.). Puis, par défaut ou tout au moins par insuffisance d'arguments positifs, la théorie tomba dans le même discrédit que ses multiples devancières, pour faire place dans ces derniers temps à celle de l'hépatotoxhémie. Or, les deux auteurs allemands Muller et W. Albert reviennent à la théorie microbienne, rejetant toutes les autres, y compris la dernière en date, se refusant à voir dans les modifications du foie autre chose que des altérations de second ordre, effets, suivant eux, comme les lésions rénales, comme l'éclampsie elle-même, de la cause première, représentée pour eux par des microorganismes : « En tout cas, écrit Muller, les lésions du foie sont beaucoup moins constantes que celles des reins. Et si, à cause de l'absence en certains cas d'éclampsie d'altérations rénales d'une part, et d'autre part à cause du défaut de proportion dans d'autres entre la gravité des processus rénaux et des phénomènes éclamptiques, on n'est pas autorisé à attribuer l'éclampsie à la maladie du rein, il y a encore moins de raisons à placer son origine primitive dans le foie.

De plus, ces altérations constatées sur le foie (nécrobioses, embolies, hémorrhagies), on les observe aussi dans plusieurs organes de la mère (reins, cerveau, moelle, poumons, intestins, peau) et de l'enfant, et il n'est pas constant que le foie soit plus profondément et plus largement altéré que les autres viscères. La maladie du foie ne saurait donc être ni la condition importante, ni la condition primitive de l'éclampsie. »

*
* *

H. Muller (1) a écrit en faveur de la théorie microbienne un long plaidoyer, précédé d'une revue rétrospective et critique de toutes les autres théories de l'éclampsie, s'efforçant de montrer l'insuffisance de chacune d'elles à expliquer tous les cas, insuffisance avérée au point qu'un certain nombre d'auteurs ont fini par considérer l'éclampsie comme un simple symptôme, appartenant à des états pathologiques divers. Mais, pour Muller comme d'ailleurs pour son collègue Albert, il s'agit bien d'une maladie propre, bien à part et causée par des microorganismes, agissant *in utero*, et fabriquant à ce niveau le virus qui, de là, va attaquer l'organisme, y produisant les altérations diverses constatées chez les éclamptiques ou en imminence d'éclampsie, et aboutissant, dans des conditions particulières de degré et de quantité, à l'accès éclamptique, qui ne serait que le phénomène le plus manifeste de l'*état éclamptique*.

Les deux auteurs ont-ils au moins réussi, expérimentalement, à mettre en évidence des microorganismes bien définis et à démontrer, par la même voie, leur rôle pathogénique ? Non, leur mode de démonstration n'est pas de cet ordre. H. Muller, par exemple, a écrit un long mémoire dans lequel toute l'argumentation repose sur l'exposition des analogies, des connexions étroites qui existent entre la fièvre dite *fièvre de résorption* et l'*éclampsie*. Il n'existerait entre elles qu'une

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. LXVI, Hft. 2, p. 234 et seq.

différence de *degré*, de *quantité* du virus, et aussi de *rapidité de résorption:* la grande rapidité de résorption de quantités massives de virus étant une condition très importante de l'apparition des accès éclamptiques. « Les deux affections, écrit-il, sont, dans leur apparition, liées à la fonction génératrice de la femme. Le *poison* (das Gift) est un produit, par décomposition, de fabrication bactérienne dans le canal génital : résorbé à ce niveau, il pénètre dans le sang. Les symptômes cliniques des deux maladies sont les mêmes : *a*) hyperthermie ; *b*) néphrite; *c*) phénomènes nerveux. Leur production est liée aux mêmes conditions de temps et de lieu, etc. »

*
* *

L'auteur schématise comme suit les analogies essentielles de l'éclampsie et de la fièvre de résorption :

« 1° L'éclampsie est un empoisonnement général de l'organisme s'accompagnant de 3 symptômes essentiels :

1° L'hyperthermie; 2° les troubles du côté du rein ; 3° les phénomènes nerveux.

De même la fièvre par résorption est un empoisonnement général signalé par 3 phénomènes cardinaux : 1° hyperthermie, troubles rénaux, phénomènes nerveux.

2° Il faut chercher le foyer d'origine de l'empoisonnement éclamptique comme celui de la fièvre de résorption dans le canal génital.

3° Le poison qui produit la fièvre de résorption est le produit de l'activité microbienne sur des masses de tissus décomposables ; c'est par résorption qu'il pénètre dans le sang, il est d'origine bactérienne.

La fièvre constante, qui est un attribut tout à fait propre à l'éclampsie, ne se laisse expliquer que si l'on admet des actions microbiennes dans la production du virus éclamptique.

Voilà donc chez les femmes *enceintes*, *parturientes* et *accouchées* deux intoxications générales, qui ont de commun :

a) *cause*; b) *foyer d'origine* ; c) *phénomènes cliniques essentiels*.

La question se pose maintenant de savoir si les circonstances dans lesquelles elles se produisent et si leur mode d'évolution présentent semblable concordance.

1° — *Accouchement.*

Fièvre de résorption et éclampsie surviennent, *sub partu*, de préférence dans les conditions suivantes : *a*) primipares, surtout primipares âgées; *b*) conditions du côté des parties molles du canal de la parturition qui créent des difficultés à l'accouchement (rigidité, adhérences, gonflements, néoplasmes); *c*) sténoses pelviennes ; *d*) attitude et état de l'enfant diminuant l'espace dans le canal génital (présentations défectueuses, etc.); *e*) rupture prématurée de la poche des eaux, anomalie des contractions; *f*) longue durée de l'accouchement aussi bien de la période de dilatation que d'expulsion.

Analogies au point de vue de la *marche* de la fièvre de résorption et de l'éclampsie :

1° Fièvre et éclampsie, qui surviennent pendant l'accouchement, peuvent décroître ou même cesser du fait de l'apparition de contractions énergiques.

2° De même que fièvre et éclampsie peuvent souvent rétrocéder lorsque apparaissent des contractions vigoureuses, ainsi et inversement fièvre et éclampsie sont capables d'activer les contractions et d'amener souvent la terminaison remarquablement rapide de l'accouchement.

3° Le moment où se manifestent les phénomènes cliniques a une grande valeur pronostique relativement à la marche aussi bien de l'éclampsie que de la fièvre de résorption.

4° L'évacuation de l'utérus exerce l'influence la plus heureuse sur la marche de l'éclampsie et de la fièvre ; toutefois, les symptômes des deux affections peuvent persister au delà de l'accouchement.

5° Que la terminaison de l'accouchement soit spontanée ou opératoire, on n'observe pas de différence en ce qui concerne l'influence favorable sur la fièvre et sur l'éclampsie.

6° La mort de l'enfant exerce une action réprimante sur le développement et l'existence de la fièvre et de l'éclampsie.

7° La vie de l'enfant est très compromise dans la fièvre et dans l'éclampsie.

N. B. — A chacune de ces analogies correspond un groupe dans lequel l'auteur a consigné dans deux colonnes les arguments en faveur de l'existence bien réelle de ces analogies.

*
* *

Ces analogies étant reconnues, continue l'auteur, il faut prévenir cette objection : *Comment surviennent les convulsions ?* On ne les observe pas dans la fièvre de résorption.

« Quand on donne à quelqu'un une petite dose de morphine, il se fait un empoisonnement général qui se traduit par une action sédative sur le système nerveux. Continue-t-on à donner, peu à peu, un certain nombre de doses semblables, l'empoisonnement devient plus sérieux, la stupeur du système nerveux plus profonde.

« De cette façon, on peut administrer à un sujet une dose de morphine tout à fait élevée. Mais qu'on donne, d'un coup, toute la quantité, le sujet réagit par des convulsions. On observe semblables phénomènes dans d'autres empoisonnements (arsenic, quinine, cocaïne, etc.), ainsi avec des poisons qui, par eux-mêmes, ne sont pas doués de propriétés convulsivantes. De grandes quantités d'un poison s'accumulent-elles *peu à peu* dans le sang, les propriétés spécifiques de ce poison s'accusent à un haut degré, et, en général, entraînent des états comateux. Mais lorsque de grandes quantités d'un poison entrent, *très rapidement*, dans la circulation, alors l'organisme — bien que l'action convulsivante ne soit pas une des propriétés du toxique — réagit par des convulsions. Or, les choses se passent ainsi dans les intoxications d'origine

bactérienne, et particulièrement dans la fièvre des femmes enceintes, des parturientes et des accouchées : à la résorption de faibles quantités de produits de décomposition bactérienne correspondent des phénomènes nerveux légers (malaises généraux, céphalée, éblouissements); à la résorption *graduelle* de grandes quantités de virus, des phénomènes d'excitation, du délire, le coma ; enfin, à la résorption *brusque*, subite de grandes quantités de virus, des convulsions.

Les convulsions ne sont donc qu'une étape dans les phénomènes nerveux produits par l'empoisonnement ; il faut y voir une forte révolte de l'organisme contre la pénétration brusque d'une proportion élevée de poison à laquelle il ne peut s'adapter.

Dans les infections puerpérales proprement dites, on observe, suivant la gravité de l'intoxication, tous les symptômes nerveux connus, depuis un trouble léger de l'état général jusqu'au coma mortel, mais pas de convulsions. Cela tient à ce que le processus infectieux évolue graduellement, et de même la fabrication du poison. Le sang, à la vérité, est imprégné d'une grande quantité de poison, mais l'adultération est graduelle, l'organisme s'adapte à ce sang modifié dans sa composition, la fièvre survient, mais la forte réaction de l'organisme par des convulsions fait défaut, même dans les septicémies les plus sévères. Mais que les décompositions infectieuses se fassent, non dans des tissus vivants, en relation directe avec le milieu sanguin, mais dans des tissus détachés ou dans les sécrétions au sein d'un organe creux, alors le poison ne pénètre pas dans le sang en même proportion qu'il est fabriqué. Ce poison, dès qu'il ne peut s'écouler, s'accumule en grande quantité, et, dans des conditions favorables (vaste surface de résorption, pression intra-utérine élevée), il peut *brusquement* et *en masse* être entraîné par résorption dans l'organisme. Et l'*effet de cette résorption brusque et massive de virus, c'est l'accès éclamptique.* Il y a donc lieu d'identifier l'éclampsie et la fièvre de résorption : « l'éclampsie n'est qu'une modalité clinique particulière de la fièvre de résorption. Le poison est le même ; il provient de l'action de décomposition que des

microorganismes existant dans l'utérus exercent sur les sécrétions et les masses de tissus morts contenus dans le canal génital. La seule différence que graduellement acquiert le poison dans l'éclampsie, c'est que, grâce à un processus plus avancé de décomposition, il devient plus fort, plus virulent. »

*
* *

L'auteur poursuit la recherche et la démonstration des analogies, des quasi-similitudes entre la fièvre de résorption et l'éclampsie, envisagées pendant la grossesse et les suites de couches, et la nouvelle constatation de ces similitudes ne fait que l'affermir dans sa conception étiologique et pathogénique de l'éclampsie : fièvre de résorption et éclampsie sont processus de même ordre. Les différences entre leur expression symptomatique tiennent à une question de qualité et de quantité de virus, celui-ci étant le même dans les deux affections. La différence de *qualité* provient de l'action plus ou moins active, plus ou moins prolongée des microorganismes sur les tissus décomposables, la différence de *quantité* tient aux conditions de résorption plus ou moins favorables suivant les cas. De cette étude, il ressort qu'en général l'éclampsie ne peut pas survenir dans les processus infectieux graves, pyémie et septicémie. Dans la septicémie, le processus infectieux progresse *lentement* dans les espaces lymphatiques, l'organisme est, à la vérité, imprégné par de grandes quantités d'un virus très toxique, mais *graduellement* ; l'organisme s'y adapte ; en tout cas, ne réagit pas de façon violente. En général, poussées thermiques élevées et frissons font défaut, l'accès éclamptique est même impossible. Dans la pyémie, qui est causée par la décomposition de thrombus infectés, le poison entre directement dans les vaisseaux sanguins, d'où la réaction violente de l'organisme : ascensions thermiques élevées, frissons. Mais, il est impossible que le poison arrive à un haut degré de virulence, parce que les thrombus infectés se décomposent très facilement, et que le processus de décomposition ne se

prolonge pas assez longtemps, il en résulte que, dans ces cas, les phénomènes nerveux et les modifications du pouls, si marquées dans la septicémie, sont moins accusés. Aussi, relativement à la *qualité* du virus, l'éclampsie se rapproche-t-elle de la septicémie, tandis que sous le rapport de la *quantité* de virus résorbé et de la *rapidité de la résorption*, est-elle plus voisine de la pyémie. Mais ni dans la septicémie ni dans la pyémie on ne rencontre réunies les conditions *quantité*, *qualité* du virus et *rapidité de résorption* qui sont les conditions nécessaires de l'accès éclamptique : aussi, l'éclampsie ne se rencontre-t-elle pas en général dans les infections graves.

∴

Il faut donc, pour produire l'éclampsie, *un virus de haute virulence, susceptible d'être résorbé brusquement et en masse.*

Cela suppose : 1° une *fabrication du poison*; 2° des *conditions particulièrement favorables à la résorption.*

1° Fabrication du poison. — *a*) *Matière décomposable.* — Le poison est un produit de l'action des bactéries sur des tissus décomposables. Il faut donc des tissus décomposables et des bactéries. Or, dans la grossesse, vers son milieu, il y a, de façon physiologique d'abord, mortification de grandes quantités de tissu, en sorte que, après soudure des caduques, le tissu décidual est de plus en plus voué à la nécrose, puis de façon pathologique au cas de processus inflammatoires au niveau de la paroi utérine, lesquels produisent une mortification plus considérable et s'accompagnent d'une sécrétion abondante. *Sub partu*, toutes les circonstances de nature à augmenter le traumatisme de l'accouchement (dureté, rigidité des parties molles, adhérence, défaut de proportion entre le fœtus et le pelvis, etc.) favorisent la production de tissus décomposables. Durant les suites de couches, le détachement de la caduque en quantités abondantes, et d'autant plus prolongé que l'involution est plus tardive, surtout quand une

endométrite s'est développée *post partum*, fournit amplement la matière décomposable.

b) *Bactéries.* — Il y a, pendant la grossesse, des bactéries *in utero* au cas de processus phlegmasiques de l'utérus (endométrite, métrite); elles peuvent, durant la gestation, y parvenir par l'intermédiaire d'une cervicite ascendante, préexistante ou effet d'explorations, de manœuvres sur le col, etc. *Sub partu*, les microorganismes se rencontrent dans l'utérus en même temps que ces circonstances qui prolongent la durée du travail et qui, de ce fait, favorisent leur extension et leur multiplication ; *sub partu* encore, existent des conditions qui favorisent l'invasion des germes *in utero* (manœuvres multiples, procidence dans le vagin de débris membraneux, etc.). En ce qui concerne la présence des germes durant les premiers jours des suites de couches, elle est spécialement en rapport avec les circonstances marquantes du travail, les bactéries sont inoculées pendant l'accouchement, et leur action ne se manifeste que pendant les premiers jours des suites de couches. Un peu plus tard, ce sont les obstacles à l'écoulement des lochies qui favorisent les infections du contenu utérin. D'ailleurs, aussi bien *sub partu* que durant les suites de couches, le virus peut être en quelque sorte aspiré du vagin, par suite du défaut de pression qui survient quand la contraction utérine cesse.

2° CONDITIONS FAVORABLES A LA RÉSORPTION. — La faculté de résorption de la cavité utérine est dominée : 1° par la pression intra-utérine ; 2° par l'état de la surface de résorption. La pression intra-utérine est en général plus élevée chez les primipares par suite du tonus plus grand des tissus; elle est augmentée par le développement de l'œuf, par l'hydramnios, par toutes les conditions qui amènent une oblitération plus ou moins prolongée de l'utérus, etc. Quant à la *surface de résorption*, il est facile de comprendre qu'elle est surtout subordonnée au décollement plus ou moins complet du placenta, des membranes. Or, il suffit de réfléchir à ces diverses circonstances qui favorisent la *formation*, *la maturation* en

quelque sorte du virus et sa *résorption rapide et massive*, pour comprendre pourquoi l'éclampsie se manifeste avec prédilection plutôt chez certains sujets et de préférence à certaines périodes de l'état puerpéral.

L'auteur arrive ensuite à cette *définition* de l'éclampsie : *L'éclampsie de la femme, dans la période d'activité génitale, est une auto-intoxication. Le virus est formé par des germes agissant sur de la matière décomposable ; l'intoxication générale est causée par la résorption du virus au niveau de la cavité génitale. Le propre de cette intoxication, et par suite le type particulier de sa physionomie clinique, tient à la formation d'un virus, d'un virus de haute virulence, et à l'imprégnation rapide et massive du sang par ce poison violent.*

*
* *

W. Albert s'occupe particulièrement de l'*étiologie de l'éclampsie* (1). Dans ce travail, il ne fait d'ailleurs que développer des *idées ébauchées déjà dans un précédent mémoire* que nous avons analysé ici même (2). Il rappelle que, dans ce mémoire, il s'attacha à démontrer que bon nombre d'avortements et d'accouchements prématurés, et particulièrement les avortements septiques et la soi-disant endométrite gravidique, que beaucoup des malaises ordinaires de la grossesse et des maladies de suites de couches doivent être rapportés à une endométrite microbienne (pendant la grossesse), antérieure à la grossesse, et qu'il émit en outre la théorie que nombre d'altérations pathologiques, formation d'infarctus, adhérences solides, anormales, etc., néphrite, hyperémésis et même éclampsie, dérivent de la même maladie.

Comme corollaire de cette manière de voir, il estime maintenant que *l'éclampsie est une intoxication causée par les produits de désassimilation des microbes de la caduque*; *que*

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXVI, Hft. 2, p. 483.
(2) *Annales de gynécologie et d'obst.*, juillet 1901, p. 54.

l'éclampsie est la conséquence d'une endométrite microbienne de la grossesse. Il résume les multiples arguments qui militent en faveur de cette opinion et s'efforce de répondre aux objections à prévoir :

1° *Pourquoi l'éclampsie*, si elle est causée par les microbes de l'endométrium, *apparaît-elle exclusivement durant l'état puerpéral* (grossesse, accouchement, suites de couches) ? Chez toute femme non gravide, à tout instant et particulièrement aux périodes menstruelles, microbes et toxines peuvent plus ou moins s'éliminer. Au contraire, chez la femme enceinte, du 4e au 5e mois, et peut-être plus tôt, les microbes, par la soudure des caduques vraie et réfléchie, sont, en quelque sorte, entièrement séparés du monde extérieur ; dans ces conditions, l'intoxication peut se produire. De là, la rareté de l'éclampsie avant cette date de la grossesse ; de là, aussi, sa plus grande bénignité pendant les suites de couches, sécrétions utérines et toxines pouvant s'éliminer, grâce parfois à des contractions puissantes provoquées par les convulsions elles-mêmes, etc.

2° L'éclampsie coïncide presque toujours — 90 à 99 fois p. 100 — avec la néphrite; il doit donc exister une certaine relation entre la néphrite et l'éclampsie. Si l'on songe qu'en dehors de la grossesse toute néphrite peut être presque exclusivement rapportée à une intoxication ou à une infection, on est autorisé à penser que la néphrite gravidique est causée par les microbes et les toxines de la cavité utérine. D'autre part, on s'explique, par les conditions particulières de la femme enceinte, qu'il n'est pas besoin qu'un processus fébrile précède la néphrite. Dans l'état de vacuité de l'utérus comme dans les premiers mois de la grossesse, la communication de la cavité utérine avec l'extérieur permet une sorte de drainage qui, comme le drainage chirurgical, atténue les effets de l'activité microbienne en prévenant la résorption des produits bactériens. Toutefois, l'organisme ne peut annihiler tout à fait l'action malfaisante des microbes et des toxines (lassitude, céphalée, vomissements, etc.). Puis, les bactéries continuent

leur vie parasitaire et continuent à convoyer vers l'organisme leurs produits toxiques de désassimilation. L'organisme s'affaiblit de plus en plus, les organes importants, surtout le rein et le foie, souffrent; finalement, l'intoxication arrive à son *maximum* et se manifeste par l'accès éclamptique. Ainsi, *l'éclampsie n'est pas la conséquence de la néphrite, toutes les deux sont plutôt les effets d'une même cause.*

Mais, *pourquoi l'éclampsie ne complique-t-elle pas l'infection d'autres cavités du corps?* S'agit-il de cavités tapissées par une muqueuse, fosses nasales, intestin, une accumulation de toxines est difficile, parce que des conditions favorisent leur élimination au dehors. S'agit-il des cavités internes à revêtement séreux, cavités pleurale et péritonéale par exemple, 2 éventualités sont possibles : 1° les germes sont si bien enkystés par des formations connectives ou fibrineuses que les conditions ne se prêtent pas à une résorption abondante de leurs *excreta*; 2° les germes sont tout à fait virulents et causent une infection générale qui, rapidement, aboutit à une issue heureuse ou funeste. En quelques rares cas, — dans le choléra par exemple, — ces affections peuvent s'accompagner de convulsions.

On s'explique, par la nouvelle interprétation de l'éclampsie, que parfois on ne constate pas de lésions rénales, l'intoxication procédant d'une manière très aiguë par suite d'une *résorption massive* de poison, et tuant avant que des lésions apparentes du rein aient eu le temps de se produire. Enfin, l'intoxication peut être due à des toxines qui affectent peu le rein ou contre lesquelles le rein peut lutter efficacement un certain temps.

3° On comprend encore : pourquoi l'éclampsie se montre si rarement chez les sujets atteints de néphrite chronique, laquelle cependant — la plupart du temps — n'est que le reliquat d'une infection terminée ; pourquoi, ce qui est le plus ordinaire, la néphrite gravidique peut disparaître entièrement après l'accouchement, récidiver à l'occasion d'une nouvelle grossesse, et, à nouveau, être suivie d'éclampsie.

4° La gravité de l'éclampsie qui éclate dès les premiers mois s'explique : pour affecter sitôt l'organisme, il faut que les microorganismes soient ou extrêmement virulents, ou très nombreux, l'issue est dans ces conditions habituellement funeste. Plus rarement, il advient que, après avoir présenté des symptômes graves d'intoxication, l'organisme se rend maître des microbes, après quoi la grossesse évolue sans accident jusqu'à terme.

5° On conçoit encore que les primipares soient plus particulièrement frappées par l'éclampsie, car on sait qu'elles sont plus exposées que les multipares aux affections puerpérales et à de plus sévères.

6° Pour la même raison, *les éclamptiques sont plutôt atteintes de processus septiques* (statistiques de Wyder et Schauta).

7° On sait que souvent la fièvre apparaît dès le début des accès : c'est que l'organisme empoisonné n'est plus en état de combattre et de maintenir en échec les microbes parasitaires de la caduque; de plus, des contractions utérines peuvent décoller partiellement la caduque et par suite créer un milieu plus favorable pour les microbes dont la virulence et les qualités offensives s'exaltent : d'où un processus fébrile.

8° Des *maladies du placenta*, surtout les infarctus blancs, se rencontrent chez les éclamptiques, 50 fois pour 100. Or, ils doivent être les effets de causes locales, les résultats, très vraisemblablement, de l'activité microbienne.

9° Lorsqu'il est possible de procéder à une *anamnèse soigneuse*, on apprend que souvent avant la grossesse la femme avait de la leucorrhée et de la dysménorrhée, qu'elle accusait plus tard des « douleurs de grossesse », tous phénomènes suggérant l'idée d'une maladie de l'utérus, d'une endométrite. D'autre part, Wyder note ces phénomènes tenus en général par les médecins pour insignifiants, comme des symptômes précurseurs très importants de l'éclampsie.

10° Lorsque la mère meurt d'une intoxication sévère, en beaucoup de cas les enfants doivent être aussi touchés par les mêmes toxines. De fait : *a*) le plus souvent, les enfants des

éclamptiques sont mal développés et meurent souvent *intra partum*; *b*) à l'autopsie de ces enfants, on a trouvé, maintes fois, des lésions du rein et du foie semblables aux altérations de ces deux organes chez la mère; *c*) enfin, on a vu, plus ou moins tôt après l'accouchement, les enfants nés vivants de mères éclamptiques, être pris de convulsions.

11° L'objection que les *toxines seraient d'origine fœtale*, parce que les accès cessent souvent après la mort du fœtus, peut être réfutée premièrement par le fait qu'il n'en est pas toujours ainsi. D'autre part, la mort peut être causée par le décollement prématuré du placenta; or, par le même mécanisme, la caduque malade peut être décollée sur une étendue plus ou moins grande de l'utérus, en sorte que l'organe ne reçoit plus de toxines, ou n'en reçoit que beaucoup moins : cela explique encore le succès éclatant qui marque souvent la terminaison rapide de l'accouchement, non seulement par l'évacuation de l'enfant, mais aussi par l'enlèvement de la caduque malade.

12° Dœderlein et Fehling ont établi que l'éclampsie (et la néphrite gravidique) est notablement plus rare à la campagne que dans les grandes villes, fait qui cadre bien avec la plus grande rareté à la campagne des maladies génitales infectieuses. La *prophylaxie* qui découle de ces considérations se résume à ceci : écarter, le plus possible, tous microbes des organes génitaux, traiter énergiquement toutes les affections génitales qui peuvent être le moins du monde rapportées à une infection.

Quant au *traitement*, il doit répondre le plus possible aux enseignements fournis par l'expérience et reconnus par la plupart des auteurs : terminer l'accouchement aussi rapidement et aussi prudemment que possible, avec peut-être ce complément, *enlever la caduque aussi prudemment et aussi à fond que possible.* Durant les suites de couches, dès qu'apparaît l'éclampsie, assurer au plus tôt et le plus complètement possible l'écoulement des lochies.

***

Il est aisé de voir que les opinions des deux auteurs allemands sur l'étiologie et la nature de l'éclampsie concordent beaucoup.

Facteurs premiers de l'éclampsie, des microbes, agissant *in utero* et y fabriquant le virus qui, de là, pénètre dans l'organisme et y produit les multiples altérations constatées chez les éclamptiques — ces altérations n'étant, comme l'accès éclamptique lui-même, qu'effets secondaires de la cause primitive (l'action microbienne). — L'accès éclamptique — symptôme en quelque sorte paroxystique de l'intoxication — exigeant pour se produire : quantité, qualité du virus et rapidité, brusquerie de résorption.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Société anatomique (1).

Anomalie de l'ovaire (ovaire double ?), par M. Cavalié (p. 43). — Jeune femme, morte de septicémie puerpérale.

Les organes du côté gauche, ainsi que l'utérus, ne présentent pas d'anomalies apparentes. Du côté droit, l'ovaire est double, ou plutôt semble formé par deux masses sensiblement égales, unies par une portion très courte, rétrécie, étranglée. Ces deux masses sont juxtaposées, constituant les deux côtés d'un angle obtus à sinus ouvert en avant ; le sommet de cet angle répond à l'étranglement.

La masse interne présente une longueur de 30 millimètres, une largeur de 17 millimètres, une épaisseur de 9 millimètres ; elle est reliée à l'utérus, en dedans, par le ligament unique ici de l'ovaire, et à la masse externe en dehors par la portion étranglée.

La masse externe a 32 millimètres de long, 15 millimètres de large, 7 millimètres d'épaisseur ; elle est unie en dehors à la trompe, qui est unique, par le ligament tubo-ovarien.

Ces deux masses paraissent être ainsi l'équivalent de deux ovaires normaux ; l'ovaire gauche a une largeur et une épaisseur à peu près identiques ; mais il est plus long (45 millimètres) que l'une des deux masses ovariennes droites, prise séparément.

Le méso-salpinx droit est plus développé que le gauche et renferme un corps de Rosenmüller (époophore) assez volumineux.

Les deux masses ovariennes droites présentent, macroscopiquement, à la coupe, l'aspect caractéristique de l'ovaire. Le corps jaune vrai de la grossesse est contenu dans la masse interne.

Nous avons fixé et inclus des fragments de ces masses dont nous donnerons ultérieurement la description microscopique.

---

(1) Communications relatives à l'obstétrique et à la gynécologie faites à la Société en 1901.

Kyste dermoïde à pédicule tordu ayant déterminé une occlusion intestinale aiguë par adhérences chez une femme enceinte, opération, guérison, par M. le docteur Mouchet (de Sens) (p. 45). — Volumineux kyste dermoïde de l'ovaire à parois ossifiées et à pédicule tordu opéré chez une jeune femme enceinte de 3 mois et demi. L'intervention a été nécessitée d'urgence par des accidents menaçants d'occlusion intestinale aiguë ; cette occlusion était causée par des adhérences qui enserraient l'intestin. Le docteur Mouchet enleva le kyste, libéra les adhérences et, s'apercevant que l'utérus gravide était en rétroversion, il le réduisit. La guérison fut complète et rapide ; la grossesse suivit son cours.

Corps étranger de l'utérus, par M. H. Morestin (p. 46). — Cette éponge a été retirée le 28 décembre 1900 de l'utérus d'une femme de 40 ans.

Elle avait séjourné toute une semaine dans la cavité utérine et déterminé une vive irritation se traduisant par des douleurs et un écoulement muco-purulent très fétide. Le col était gros, exulcéré, mou ; son orifice externe assez spacieux pour admettre facilement le bout du doigt. L'extraction du corps étranger fut très simple. Il suffit après application du spéculum et purification du vagin, de fixer le col et d'introduire dans la matrice une pince à pansement, qui ramena immédiatement l'éponge toute engluée de pus et répandant une odeur abominable. Elle est du volume d'un œuf de pigeon ; c'est un fragment de grosse éponge de qualité inférieure.

La malade a quitté immédiatement l'hôpital Saint-Louis et n'a pas été revue. Il y a tout lieu de supposer, qu'une fois débarrassé de corps étranger, l'utérus est revenu rapidement au *statu quo ante*.

Cette femme est une prostituée. Elle a l'habitude, dans l'exercice de sa profession, de placer au fond du vagin une éponge préservatrice et sa pratique déjà longue ne lui avait montré que les avantages de cette mesure défensive. Or, après certain coït pratiqué le 21 décembre, elle ne put retrouver son éponge, et ayant acquis la certitude qu'elle n'était pas tombée à l'extérieur, dut admettre qu'elle avait été enfoncée dans quelque endroit inaccessible. Au bout d'une semaine, alarmée par l'abondance et la fétidité de l'écoulement, inquiète aussi des douleurs qu'elle éprouvait, elle s'est décidée à venir à l'hôpital. Telle est du moins l'histoire qu'elle

nous raconte et qui n'est pas invraisemblable. Le col atteint de métrite chronique, volumineux, mou, béant, a pu laisser passer un corps étranger souple, imprégné de mucus, et repoussé au fond du vagin déplissé. On peut faire bien d'autres suppositions, telles que celle d'un avortement, à la suite duquel on aurait tamponné l'utérus pour arrêter l'hémorrhagie, ou de l'introduction voulue de l'éponge dans le col pour dissimuler à ses clients qu'elle était dans la période des règles, mais le cynisme tranquille de cette créature me laisse assez disposé à admettre sa version, bien qu'elle réponde à un mode d'introduction tout à fait exceptionnel. On a vu cependant des corps volumineux, tels que des pessaires, passer du vagin dans l'utérus.

De toutes les cavités naturelles, l'utérine est peut-être celle où l'on rencontre le plus rarement les corps étrangers.

Je rappellerai que j'ai présenté ici même, en 1893, une épingle à cheveux, retirée de l'utérus d'une jeune femme. C'était, paraît-il, au cours de manœuvres exécutées dans un but lubrique que cette épingle s'était égarée dans la matrice. La pièce est au musée Dupuytren. Ce cas a inspiré la thèse de mon élève Caraès sur les corps étrangers de l'utérus (Th. Paris, 1894) où sont rassemblées un assez grand nombre d'observations. Parmi les travaux ultérieurs je citerai surtout un long mémoire de M. Neugebauer, de Varsovie; le travail de M. de Bovis et le rapport de M. Picqué à la *Société de chirurgie*, 12 janvier 1898. Dans ces diverses publications sont accumulés tous les documents concernant cette question.

Occlusion intestinale suite d'hystérectomie vaginale. Guérison, par M. Auvray, chirurgien des hôpitaux (p. 69). — Il s'agit d'une malade qui a été opérée 8 jours auparavant, par notre collègue Fauré, d'une hystérectomie vaginale pour fibrome.

Je suis appelé comme chirurgien de garde pour les accidents abdominaux graves qu'elle présente. Il est 10 heures du soir, et les accidents ont débuté vers 4 ou 5 heures dans l'après-midi. Depuis 2 jours la malade présentait de la constipation ; au moment où je la vois elle a des vomissements verdâtres, des douleurs abdominales très vives qui semblent s'arrêter toujours au même point, dans le petit bassin, comme si l'intestin avait à lutter contre un obstacle situé dans cette région. Le pouls est à 104, la température au-dessous de 37°. Je n'hésite pas à porter le diagnostic d'occlusion

intestinale post-opératoire, en m'appuyant sur la marche des accidents, qui ne sont apparus que 8 jours après l'opération, sur la forme des douleurs abdominales et sur l'état de la température. Je propose l'intervention immédiate qui est acceptée.

Laparotomie médiane sus-pubienne. Un peu de sérosité s'écoule à l'ouverture du péritoine. Les anses grêles sont distendues et injectées. En plongeant mes mains dans l'excavation pelvienne vers la cicatrice vaginale, je sens nettement que des anses intestinales sont adhérentes en ce point. J'essaie de les dégager de bas en haut en les prenant par-dessous, et je parviens d'abord à détacher de l'épiploon adhérent, dont je pratique l'extirpation ; puis je dégage successivement deux anses intestinales, dont l'une adhérait à la cicatrice vaginale par une petite surface, l'autre par une surface beaucoup plus large. Les bouts des anses intestinales adhérentes étaient accolés en canon de fusil. L'intestin me paraît suffisamment sain pour qu'on ne fasse aucune suture. Il est réduit dans la cavité abdominale. Fermeture de la paroi en 3 plans et drainage de la cavité pelvienne à l'aide d'un gros drain entouré de gaze stérilisée.

Les suites ont été absolument normales, et la guérison s'est faite dans d'excellentes conditions.

La malade, revue plusieurs mois après l'opération, est restée absolument guérie.

Leucoplasie vulvaire, par le docteur MAURICE LETULLE (p. 125).

Je dois à l'obligeance du docteur Perrin, de Marseille, une pièce de leucoplasie vulvaire.

L'examen histologique que j'ai pratiqué a fourni des détails intéressants tant au point de vue de cette lésion encore peu étudiée qu'à celui des leucoplasies en général. Il est bon tout d'abord de remarquer qu'à l'œil nu aucune ulcération, aucune fissure ne semblait exister à la surface des deux petites lèvres et du clitoris extirpés par le chirurgien. Le microscope confirma cette première indication en ne montrant sur aucune des nombreuses coupes diversement préparées trace de la moindre perte de substance. En somme, c'est à une lésion de leucoplasie simple, non compliquée, que nous aurons affaire.

L'étude microscopique, pour être complète, demande à être méthodique.

1. Épiderme. — A un faible grossissement, sur une coupe d'ensemble l'œil est frappé tout d'abord par l'épaisseur anormale de l'épiderme et par la richesse du *stratum granulosum* dont les cellules losangiques gorgées d'éléidine semblent accumulées, par place, en une série copieuse d'assises inégalement réparties.

Un autre point attire aussi l'attention, c'est l'épaisseur et l'étalement par îlots du corps muqueux de Malpighi, qui semble avoir élargi, on pourrait dire arrondi, en maints endroits les papilles du derme. Bref, exubérance des strates épithéliales accusée, sur un vaste parcours, au profit des couches du corps muqueux de Malpighi, les couches cornées étant, proportionnellement, plutôt moins hyperplasiées que les couches granuleuses.

Les mensurations faites donnent, en moyenne, les chiffres suivants (la pièce fraîche a été incluse, aussitôt l'opération, dans une solution légère de formol) :

Stratum germinativum (une seule couche)	16 à 19 µ
Stratum filamentosum (4 à 5 couches)	40 à 50 µ
Stratum granulosum (4 à 8 couches)	40 à 82 µ
Stratum intermedium et *stratum lucidum*.	12 à 16 µ
Stratum corneum et *stratum disjunctum*.	58 à 70 µ

On voit, par ce qui précède, que l'épaisseur des couches kératinisées (70 à 86 µ) est loin d'égaler la hauteur des couches du corps muqueux (86 à 159 µ), ce dernier pouvant, dans les points les plus tuméfiés, atteindre presque le double de la hauteur des couches cornées.

∴

Voyons les détails de ces différentes couches.

a) *Stratum germinativum*. — Cette couche est à peu près partout réduite à une seule rangée de cellules cylindriques, solidement implantées par leurs dentelures crénelées, bien visibles, sur la surface du derme. Toutes ou presque toutes ces cellules de la première rangée sont remarquables par les nombreux filaments d'union qui les entourent de tous côtés et les engrènent d'une façon directe non seulement avec les cellules épithéliales subséquentes, mais encore avec leurs congénères de la première couche ; elles se montrent séparées, sur la même ligne, par des espaces clairs vivement striés,

faciles à déceler (picro-carmin et glycérine, acide osmique et eau acétique, thionine, carmin aluné). Aucune erreur d'interprétation n'est possible à cet égard. On ne trouve que de très rares cellules épithéliales en mitose. Cette couche est dépourvue de granulations pigmentaires. Il est utile d'ajouter qu'en bien des points cette première rangée des épithéliums malpighiens est infiltrée de leucocytes polynucléaires incrustés entre les éléments germinatifs dont l'irritation se manifeste de plusieurs façons.

En diverses places, du reste, les signes d'un processus inflammatoire complexe apparaissent non seulement du côté des cellules de la couche muqueuse de Malpighi, mais encore, comme nous le verrons, à la surface du derme, et ils nécessitent une description spéciale, plus facile lorsque l'étude du corps papillaire aura été terminée.

b) *Stratum filamentosum*. — Cette couche, d'une épaisseur assez uniforme puisqu'elle compte de 3 à 5 assises, se reconnaît à ses belles cellules épithéliales pavimenteuses, crénelées, et dont les filaments d'union sont très visibles, surtout dans les zones leucoplasiques. La plupart de ses épithéliums, même ceux situés au contact immédiat du *stratum germinativum*, sont volumineux, polygonaux et mesurent de 16 à 17 μ sur 23 à 24 μ ; leur noyau unique, gros, arrondi, montre plusieurs nucléoles brillants. Quelques éléments sont en voie d'hydropisie parenchymateuse ; sur bien des points, des leucocytes munis de noyaux effilés sont logés dans leurs interstices et écartent ou disloquent les filaments d'union.

Au niveau des placards constituant les zones de leucokératose, il semble que les cellules crénelées soient plus abondantes que normalement ; voici pourquoi : là, la surface occupée par le corps muqueux de Malpighi paraît plus haute et surtout plus large que dans les régions avoisinantes, normales ou à peu près, et c'est surtout aux dépens des espaces interpapillaires qu'un tel accroissement s'est effectué : les épithéliums crénelés s'y étalent largement, leurs filaments d'union sont très apparents, et les espaces interstitiels qui les séparent sont peut-être plus accusés qu'ailleurs, bien qu'à vrai dire il n'existe pas d'œdème inter-épithélial ni de diapédèse leucocytaire exagérée.

Les strates épithéliales correspondant au sommet des papilles ne sont pas, proportionnellement, en voie d'hyperplasie aussi marquée que les vallonnements interpapillaires. Du reste, la même disposi-

tion exubérante se trouvera au niveau du stratum granulosum, dans les zones correspondantes.

c) *Stratum granulosum.* — Ici, le processus hyperplasique est d'une constitution plus facile qu'au-dessous, les éléments épithéliaux surchargés d'éléidine étalant leurs bandes épaisses fort colorées, irrégulières, discontinues et d'autant plus visibles que leur disposition topographique n'est pas ordonnée.

Tout d'abord, on remarquera que, de place en place, le stratum granuleux fait défaut, d'une manière absolue, à l'instar de la disposition d'un revêtement épithélial muqueux normal ; en ces points également les cellules de la couche cornée ont conservé presque toutes leur noyau. Ces « zones muqueuses » proprement dites et saines sont très circonscrites, très rares, et établissent un contraste saisissant avec l'hyperacanthose si marquée dans le reste de la muqueuse vulvo-clitoridienne.

Par contre, là où le stratum granulosum existe, réalisant une cutisation très accentuée de la muqueuse, les strates de cellules chargées d'éléidine sont abondantes, leur nombre est rarement au-dessous de 3 couches ; on compte d'ordinaire 4 couches, 5 même, et dans de nombreux endroits elles atteignent jusqu'à 8 étages rigoureusement superposés (la coupe choisie étant bien perpendiculaire à la surface cutanée).

De ces couches granuleuses, les plus superficielles (les 2, 3 ou 5 premières) sont les plus chargées d'éléidine, les autres sont plus discrètement imprégnées de cette substance. Tous les épithéliums qui composent ces diverses strates sont plus ou moins aplatis, losangiques, avec un noyau pâle, plus petit que celui des épithéliums filamenteux sous-jacents. Les dimensions moyennes de ces épithéliums granuleux sont de 11 à 12 μ de haut, sur 23-24 μ de large. Cependant, en nombre de points, la couche la plus superficielle du stratum granulosum contient des cellules presque plates, gorgées au maximum d'éléidine, si bien que, n'apercevant pas leur noyau, on pourrait se demander si l'on n'a pas affaire à des placards fusiformes d'éléidine diffusée au-dessus, dans les premières travées du stratum lucidum. On trouve enfin, plus discrets cependant, des leucocytes polynucléaires infiltrés dans les couches du stratum granulosum. Bien que désordonnée, l'accumulation des éléments granuleux à la surface du corps muqueux de Malpighi offre cependant une stricte orientation : en effet, c'est toujours au niveau des ré-

gions les plus manifestement irritées, qu'il s'agisse de l'épiderme ou du derme, que les placards de stratum granulosum se montrent, à coup sûr, les plus épais. Ils dessinent, en ces points, des bavures, des dômes, suivant une ligne convexe par en haut, onduleuse du côté du corps muqueux de Malpighi, et sont fort aisés à reconnaître et à topographier; d'autant mieux, qu'à la surface de la muqueuse se tassent d'une manière constante d'épaisses bandes d'épithéliums cornés, claires, mal colorables par les réactifs et dépourvues, en grande partie du moins, de noyaux, tout en étant gorgées de leucocytes diapédésés.

Cette disposition régionale de la leucokératose est des plus pittoresques, dans les points où les placards pathologiques ne sont pas par trop confluents.

d) *Stratum intermedium* et *stratum lucidum*. — Partout où l'hyperacanthose jointe à l'hyperkératose existe, une bande claire, dense de cellules épithéliales dépourvues de noyaux s'accole à la surface du stratum granulosum et la sépare nettement de la couche cornée.

Nous avons même vu que l'éléidine, soit en bavures isolées, soit tassée dans des éléments aplatis en voie d'atrophie, existe en maints endroits à l'origine même du stratum lucidum.

Quant à la différenciation de ce stratum en deux couches (*stratum intermedium* et *stratum lucidum* proprement dit), les recherches que j'ai pu tenter (1) (la pièce ayant été reçue encore fraîche dans le formol) n'ont pas été très satisfaisantes.

Quoi qu'il en soit, le stratum lucidum complet mesure dans les points les plus accusés 12 à 16 μ, il est dépourvu de leucocytes migrateurs, que nous retrouverons en grande quantité dans la couche sus-jacente. Il est à peine utile de signaler que le stratum lucidum fait défaut dans les régions normales, dépourvues de stratum granulosum.

e) *Stratum corneum* et *stratum disjunctum*. — Ce qui domine ici, c'est la différence extrême qui existe entre les rares régions où les épithéliums sont demeurés à l'état de revêtement muqueux (noyaux aplatis, vivement colorés, limite des protoplasmas assez reconnaissable jusqu'à la couche la plus superficielle) et les régions où la cutisation de l'épiderme s'est produite.

---

(1) Après passage de la coupe dans l'acide osmique et coloration lente au picrocarmin.

En ces bandes de leucokératose, les strates kératinisées apparaissent brillantes, fibrillaires, tassées parallèlement à la surface des téguments, en général, et nulle part aucune trace de noyaux ne peut être décelée.

Parfois cependant, il existe une sorte d'état intermédiaire, les assises des cellules étant tantôt absolument kératinisées, tantôt partiellement munies encore de noyaux épithéliaux minces, foncés, comme filamenteux. Il arrive même, en maints endroits, qu'on retrouve en pleine couche kératinisée, à côté de quelques épithéliums aplatis encore nucléés, deux ou trois grosses cellules épithéliales losangiques, couchées parallèlement à la surface de la peau et richement infiltrées de granulations d'éléidine accumulées surtout autour d'un noyau pâle, caractéristique.

Un tel désordre, facile à reconnaître sur les coupes colorées à l'hématéine ou à la thionine phéniquée, est rendu plus complexe par ce fait que dans l'ensemble de la couche cornée, ou sur presque toute son étendue, le nombre de leucocytes désagrégés ou vivement colorés avec leurs noyaux tortueux ou déformés est, à vrai dire, incalculable. Cette infection diffuse de l'épiderme dans ses régions cutisées est telle, parfois, que les amas de leucocytes associés à des masses de microbes dessinent des bandes opaques, sortes d'abcès, logés dans l'intimité même de la couche cornée, à une certaine distance de la surface.

En bien des points, surtout à la surface interne des petites lèvres, le stratum disjunctum est d'une épaisseur bien supérieure aux mensurations données dans notre tableau : on y voit les lamelles épidermiques (avec nombre de cellules encore nucléées) flotter, imbriquées les unes au-dessus des autres, et former autant de lambeaux opaques, gorgés de leucocytes et de microbes, en particulier de longs filaments vivement colorés par les couleurs d'aniline ou par la gomme iodée.

II. Derme. — D'une façon générale, les lésions du derme sont d'ordre inflammatoire subaigu, réactionnel, sans grande hypérémie et sans exsudats. En outre, les désordres s'y montrent distribués sans ordre aucun, à la façon des altérations épithéliales, et sans concordance absolue, du moins sur les coupes, avec les réactions épithéliales précédemment décrites.

Ce que l'on voit tout d'abord, à un faible grossissement, c'est la richesse exagérée du derme en éléments cellulaires, richesse qui

se manifeste par la présence de bandes ou d'îlots vivement teintés par les colorants habituels des noyaux (thionine, hématéine, bleu polychrome). La surface du derme et les corps papillaires sont plutôt moins irrités que ses couches profondes, vasculo-nerveuses.

En examinant les détails, on constate que la plus grande partie des papilles sont élargies, arrondies, coiffées par les larges assises épithéliales décrites plus haut. Les vaisseaux des papilles sont larges, remplis de globules rouges, pauvres en globules blancs. En aucun point, on ne trouve soit de thromboses vasculaires, soit d'exsudats fibrino-leucocytiques. Le tissu conjonctif qui constitue la saillie de la papille est clair, assez riche en éléments cellulaires, surtout en cellules fixes, en leucocytes mononucléaires et en cellules granuleuses d'Ehrlich, ces dernières plus rares que les autres.

Dans le derme proprement dit, la distribution des divers éléments interstitiels est intéressante. Les Mastzellen, cellules granuleuses d'Ehrlich, mises en valeur d'une façon brillante par la thionine phéniquée ou par le bleu polychrome de Unna, parsèment le tissu conjonctif du derme et de ses papilles. Elles sont très nombreuses, surtout vers la base des corps papillaires, et autour des vaisseaux sanguins artériels et veineux qui sillonnent les travées fibreuses. Elles se présentent sous deux aspects fort dissemblables : les unes, les plus nombreuses, sont allongées sur la coupe et leur protoplasma granuleux, rouge brillant, est souvent en clasmatose évidente. On leur trouve en moyenne 35 à 38 μ de long, sans compter leurs prolongements granuleux détachés et en semis dans les mailles interstitielles du tissu conjonctif ; leur noyau, en clair, est petit et ne dépasse guère 5 à 6 μ. Les autres Mastzellen sont de gros corps arrondis, dont le protoplasma tassé, en rouge sombre, montre mal le noyau à son centre. Ces Mastzellen n'ont pas beaucoup de grains protoplasmiques en clasmatose autour d'elles ; leur volume moyen est de 14 à 15 μ sur 16 à 18 μ.

Les plasmazellen, bien colorés par le bleu polychrome, se reconnaissent à leur protoplasma granuleux en bleu, et à leur noyau excentrique. Ils se sont accumulés par îlots étalés, arrondis ou ovalaires, d'une façon générale dans l'épaisseur du derme, loin des corps papillaires, et plutôt sur les confins de l'hypoderme, au-dessus des îlots cellulo-adipeux rares dans ces régions. Ces cellules plasmatiques affectent presque toujours la même disposition : elles

s'accumulent en îlots volumineux, au voisinage de vaisseaux sanguins peu importants, et s'associent d'ordinaire à un assez grand nombre de leucocytes mononucléaires, en amas discrètement concentrés ; d'une façon générale, les plasmazellen occupent plutôt la périphérie de ces îlots inflammatoires que leur centre, bien qu'on les y observe aussi. Il est rare de rencontrer les plasmazellen isolés dans les espaces interstitiels ; ils y évoluent plutôt par groupes. Leurs dimensions moyennes sont de 9 μ sur 10 à 11 μ.

En aucun point, les îlots inflammatoires ne prennent l'allure de foyers de suppuration ; tous les éléments cellulaires qu'ils contiennent, à quelque variété qu'ils appartiennent, s'y montrent vivants, sans signe de dégénérescence et suffisamment espacés pour qu'on puisse étudier à loisir leurs différents caractères. Les leucocytes qui s'y trouvent sont surtout des mononucléaires de petites dimensions de 5 à 6 μ de diamètre ; les polynucléaires y sont rares ; sur les coupes colorées à l'hématéine-éosine, on observe cependant, de place en place, non seulement au niveau des traînées inflammatoires en question, mais jusque dans les saillies du corps papillaire, de gros éléments mononucléaires, dont le protoplasma gorgé de granulations éosinophiles tranche vivement sur les tissus avoisinants. Le noyau de ces cellules est pâle.

En dehors de ces détails, le tissu conjonctivo-vasculaire qui constitue la charpente du derme paraît normal. Tout au plus, sur quelques points, les travées fondamentales paraissent-elles plus denses, plus brillantes, comme tassées et fibroïdes, sans qu'un tel aspect aille jusqu'à une apparence cicatricielle.

∴

Une dernière enquête était nécessaire. Sachant la fréquence avec laquelle les leucokératoses se compliquent d'épithélioma, il fallait examiner les rapports réciproques affectés par le tissu épithélial et par le tissu conjonctif.

Sur aucune de nos coupes, le corps muqueux de Malpighi ne présente d'évolution désordonnée de ses couches élémentaires ; nulle part on n'y voit de tourbillons cellulaires en train de former ces « globes épidermiques » au centre desquels les cellules épithéliales vieillies, kératinisées se trouvent enclavées et révèlent le début d'un processus épithéliomateux. Nulle part, à la surface des couches hy-

perkératinisées, ne se voient ces perles épidermiques, globes épithéliomateux en voie de desquamation, si communs au niveau de la leucoplasie buccale cancérisée. Enfin, dans la profondeur des sillons interpapillaires du corps muqueux de Malpighi, il n'existe pas de signes d'effraction de la membrane basale du derme par quelque colonie de cellules épithéliales du stratum germinativum douées d'un pouvoir monstrueusement formateur, capable de les pousser dans les interstices du tissu conjonctif du derme. Tout au plus, sur deux ou trois points, avons-nous pu observer un placard interpapillaire au niveau duquel le derme, fortement irrité, gorgé d'éléments lymphatiques, perdait ses limites précises, tandis que les cellules germinatives de la première assise épithéliale déformées, bouleversées, petites et tassées les unes contre les autres, semblaient prêtes à rompre les barrières anatomo-physiologiques de la charpente fibreuse enflammée qui les soutenait ; mais là encore, il était impossible d'affirmer que le procédé inflammatoire avait trahi sa formule et donné accès à des épithéliums en voie de transformation tumorale.

L'hypoderme est partout intact, sauf en quelques rares points, où l'on aperçoit un vaisseau lymphatique entouré d'assez nombreux éléments mononucléaires. Les vaisseaux et nerfs sont tous sains. Le clitoris et ses annexes sont normaux.

En résumé, la leucoplasie vulvaire dont nous venons de décrire les lésions est essentiellement caractérisée par une hyperacanthose disséminée, associée à une hyperkératose insulaire, concordante ; ces processus inflammatoires encore au début dans le cas actuel, relèvent de désordres identiques circonscrits au derme et respectant à peu près complètement les couches sous-jacentes.

Fibro-adéno-lipome de l'aisselle développé aux dépens d'une glande mammaire aberrante, par H. Morestin (p. 235). — Mlle S..., receveuse des postes dans une petite ville de la Normandie, est entrée, le 11 février, à l'hôpital Saint-Louis, Isolement n° 26, pour se faire débarrasser d'une tumeur axillaire du côté gauche.

Cette tumeur occupe la partie antérieure et inférieure de l'aisselle, et le relief qu'elle détermine est comparable à celui que produirait la moitié d'une mandarine placée sous les téguments.

Elle est bien visible seulement lorsque le bras est dans l'abduction. La malade s'en est aperçue par hasard, « en changeant de

flanelle ». Il y a un an que cette constatation a été faite, mais l'affection devait évoluer depuis longtemps déjà, car, depuis l'époque où sa présence a été reconnue, c'est à peine si elle a augmenté de volume. La tumeur est voisine de la mamelle, mais en est complètement distincte. Elle laisse libre le fond du creux axillaire. A sa surface les téguments sont sains et ont conservé leur coloration normale. Cependant, on note un développement très apparent des veines superficielles. Il y a en particulier une grosse veine qui barre transversalement la partie antérieure de l'aisselle, soulevant la peau, du creux sous-claviculaire au bord inférieur du grand pectoral. On remarque en outre une petite dépression cutanée infundibuliforme, toute petite, répondant à la partie supérieure de la tumeur. Cette dépression s'exagère quand on essaie de plisser les téguments à ce niveau. Il y a là une adhérence entre la peau et le néoplasme sous-jacent. Ce dernier à la palpation est lobulé, de consistance assez ferme. Les différents lobes ont les uns sur les autres une certaine mobilité. En outre, ils se laissent pour ainsi dire énucléer de la masse principale. C'est une sorte de grappe, et l'impression première est qu'il s'agit d'un paquet de ganglions. Dans son ensemble, la masse paraît être du volume d'une petite orange, car elle s'enfonce assez loin sous le grand pectoral. La partie supérieure de l'aisselle est complètement libre, et la tumeur n'envoie aucun prolongement du côté des vaisseaux. Cette tumeur multilobée est d'ailleurs mobile et n'offre d'autre adhérence que celle déjà signalée à la face profonde des téguments.

Dans les déplacements que l'on imprime à ses différents lobes, et surtout quand, les appliquant contre la paroi thoracique, on les repousse de bas en haut, on perçoit une sorte de frottement, de crépitation. La glande mammaire, explorée avec soin, n'offre rien d'anormal à la palpation, non plus que celle du côté opposé. Elles paraissent l'une et l'autre absolument saines. Elles n'ont jamais été le siège d'aucune inflammation. La malade n'a jamais eu d'enfants, elle croit même être vierge. Elle est encore réglée malgré ses 4? ans, mais d'une façon irrégulière. La santé générale serait assez bonne, sans les retours offensifs relativement fréquents d'une dyspepsie invétérée.

Il existe en outre chez Mlle S... un lipome sous-cutané du flanc droit, lipome gros comme le poing. Il est là depuis de longues années; le diagnostic, d'ailleurs évident, a été fait dès le début. Il

est un peu gênant, mais Mlle S... n'a jamais voulu consentir à s'en séparer et nous déclare dès l'abord que sa tumeur du flanc ne doit pas nous occuper. — Celle qui nous intéresse, et dont nous avons plus haut décrit les caractères physiques, détermine quelques douleurs, dont la localisation est très précise. Elles sont irradiées le long de la face interne du bras et correspondent au trajet connu

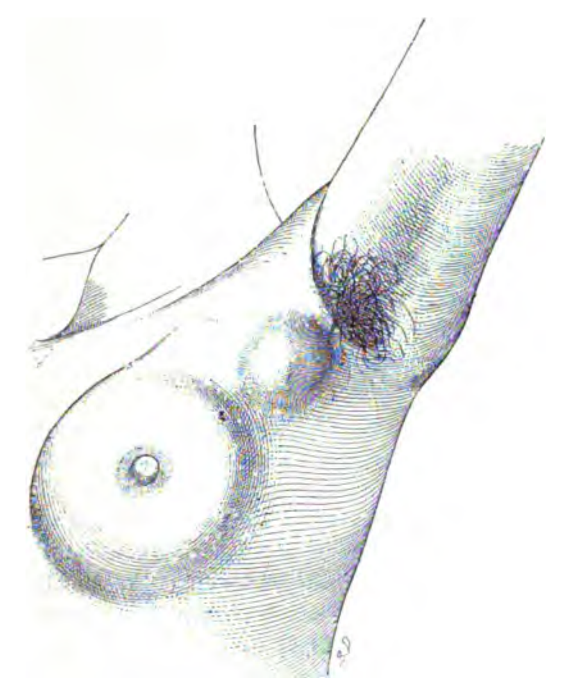


Fig. 1.

des filets nerveux du brachial cutané interne accessoire, dont les fibres, comme l'on sait, viennent pour la plupart des rameaux perforants intercostaux qui traversent l'aisselle. Les douleurs sont du reste peu intenses et se montrent surtout pendant la nuit, ou à l'occasion d'un mouvement d'abduction du bras.

Elles sont en définitive négligeables et la malade en prendrait son parti sans l'inquiétude où elle se trouve au sujet de la nature de cette tumeur.

Elle a eu le tort, étant nerveuse et prompte à se tourmenter, de

prendre un grand nombre d'avis médicaux, et actuellement sa perplexité est extrême, attendu que les diverses consultations ont abouti à des résultats contradictoires au point de vue du diagnostic et comme corollaire à des conseils très différents au sujet de la thérapeutique. Les uns lui affirment qu'elle peut garder sans crainte ce que d'autres lui recommandent de faire ôter dans le plus bref délai.

C'est pour sortir de cette incertitude que Mlle S... a cru devoir venir à Paris. Formuler une opinion ferme au sujet de cette tumeur est en effet loin d'être facile. On est tout d'abord induit à rapprocher du néoplasme axillaire de nature douteuse le lipome du flanc de diagnostic certain. Mais il faut raisonner cette impression première. Sans doute l'évolution a été lente et la marche est pour ainsi dire stationnaire ; il est vrai aussi que la lobulation est un caractère de beaucoup de lipomes, que l'adhérence aux téguments en est un autre, enfin que la crépitation est un signe maintes fois relevé dans les relations cliniques et noté en particulier dans les observations de lipomes sous-mammaires.

Cependant ces éléments de diagnostic, même groupés sur une seule tumeur, ne suffisent pas pour en affirmer la nature lipomateuse. C'est ainsi que dans ce cas particulier tous ces signes réunis ne suffisaient point pour emporter le diagnostic. La consistance de chaque lobule en particulier était très ferme, beaucoup plus qu'elle ne l'est dans un lipome ordinaire, ils étaient très mobiles les uns sur les autres, autre circonstance rarement notée dans les lipomes; la crépitation déterminée par la collision de ces lobes eût pu être à la rigueur fournie par d'autres tumeurs, l'adhérence à la peau pouvait être secondaire.

A ce dernier propos, on pouvait agiter la question d'une tumeur maligne dans un lobule aberrant de la mamelle s'accompagnant d'engorgement des ganglions de l'aisselle. Cette idée fut rapidement écartée, car la physionomie de cette adhérence n'était pas du tout celle de la « peau d'orange ». Les téguments n'avaient rien perdu de leur souplesse au voisinage de cette petite dépression infundibuliforme. Ils étaient minces, aisément déplacés dans tous les sens et ne tenaient à la tumeur que par l'implantation à leur face profonde d'une sorte de pédicule fort grêle. On devait alorpenser à des adénopathies et tout particulièrement à des adénopas

thies d'origine bacillaire. Cette hypothèse n'était pas non plus absolument satisfaisante. Outre que l'adhérence cutanée, en dehors de toute suppuration antérieure, devenait inexplicable, la consistance n'était pas celle que l'on note dans le cas de ganglions tuberculeux, et avec laquelle nous sommes bien familiarisés en raison de la fréquence relative avec laquelle on les observe. Puis la tumeur siégeait très bas et contre le bord inférieur du grand pectoral. Or, en l'absence de toute lésion mammaire, on ne voit guère en ce point d'adénopathies. Le fond de l'aisselle, la région des vaisseaux où se trouvent la plupart des glandes lymphatiques, étaient parfaitement libres. On en revenait alors à l'idée d'un lipome. Ce fut à ce diagnostic que je m'arrêtai en me demandant s'il ne s'agissait pas d'une production graisseuse développée autour de ganglions lymphatiques, plus ou moins altérés, d'une adéno-lipomatose.

Le 11 février, je fis l'extirpation de la tumeur. La peau incisée sur le bord libre du grand pectoral, le panicule adipeux traversé, je mis à découvert une masse graisseuse multilobée, d'un jaune pâle. L'énucléation, car elle était parfaitement encapsulée, en fut très facile. Elle présentait un lobe prépectoral tout petit; le reste de la tumeur était logé derrière la paroi axillaire antérieure. Le tout vient d'un seul bloc donnant à la vue l'impression du lipome le plus vulgaire. Aussitôt cette ablation, on vit brusquement disparaître la vascularisation superficielle, et la grosse veine qui soulevait la peau du creux sous-claviculaire à l'aisselle devint immédiatement invisible. La plaie fut réunie par quelques crins de Florence. J'ajoute immédiatement que les suites de cette petite intervention furent des plus simples et que la malade sortit de l'hôpital le 19 février, complètement guérie.

La tumeur enlevée présentait, avons-nous dit, l'apparence extérieure d'un lipome vulgaire. Il n'en était plus de même sur une coupe verticale. Dans une atmosphère adipeuse commune sont logés sept ou huit tumeurs oblongues, ovalaires, d'aspect grisâtre ou blanc grisâtre, de consistance très ferme et même dure. Nul point ramolli ou caséeux. Il semble qu'il s'agisse d'un paquet de ganglions, mais ce n'est qu'une apparence grossière, ainsi que l'établit l'étude histologique que M. Weinberg a bien voulu pratiquer sur ma demande. Il s'agit d'une série de fibro-adénomes, présentant la structure de ceux que l'on rencontre si fréquemment dans

la glande mammaire. Ils ont eu pour point de départ, soit une glande surnuméraire, une mamelle axillaire, soit des lobules très aberrants de la glande mammaire proprement dite. Étant donné que le sein lui-même est absolument intact, et qu'aucun lien n'unissait à la mamelle la tumeur parfaitement encapsulée, entourée d'une épaisse atmosphère graisseuse, la première opinion semble vraisemblable. On remarquera cependant que la peau de la



Fig. 2. — D'après une préparation de M. Weinberg.

a, Lobule mammaire à culs-de-sac dilatés; b. Grand canal galactophore très dilaté ; — c, Cellules d'Ehrlich disséminées dans le tissu conjonctif.

région ne présentait aucun vestige apparent d'une formation mammaire, aucune trace de mamelon, pas même une surface pigmentée: la peau qui couvrait la tumeur est même dépourvue de poils. Cependant l'adhérence qui existait entre la face profonde des téguments et la masse néoplasique pourrait être interprétée comme un vestige de son origine cutanée. Cette opinion paraît assez acceptable. Pourtant on ne saurait repousser complètement l'autre hypothèse qui ferait dériver ces productions de débris aberrants des grosses glandes mammaires, bien qu'elle soit moins vraisemblable. Sur la nature même des tumeurs, les préparations que je dois à l'obli-

geance de M. Weinberg ne permettent d'élever aucun doute. On y voit dans l'épaisseur d'un tissu conjonctif dense et pauvre en vaisseaux cheminer « des canaux de nouvelle formation. Ils sont très allongés et parcourent souvent la moitié de la préparation sans se bifurquer. Ils sont tapissés par de l'épithélium cylindrique.



Fig. 3. — D'après une préparation de M. Weinberg.
a, Canaux glandulaires de nouvelle formation; — b, Tissu conjonctif fibreux.

Sur les plus petites tumeurs, on trouve encore quelques lobules de glande mammaire ». Le groupement de tous ces fibro-adénomes, leur situation dans un amas graisseux commun doit les faire considérer comme dépendant de la même glande mammaire surnuméraire.

Les fibro-adénomes ont une apparence absolument caractéristique, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur les figures ci-dessus (2 et 3) dessinées d'après les préparations de M. Weinberg, et ces tumeurs sont ici ce qu'elles sont dans la glande mammaire. On remarquera seulement qu'elles sont multiples et agglo-

mérées, disposition qu'on ne voit jamais au niveau de la mamelle. D'autre part, cette épaisse capsule adipeuse ne se voit pas non plus autour des fibro-adénomes de la mamelle. Comment doit-on interpréter cette enveloppe graisseuse? Faut-il voir là l'équivalent de la graisse abondante qui entre dans la composition du sein normal? On pourrait être tenté de l'admettre si la disposition de ce tissu adipeux se comportait vis-à-vis de ces fibro-adénomes comme celui du sein pour ceux de la mamelle. Or ces derniers ont tendance à s'énucléer, à s'isoler de la masse du sein. Ici les tumeurs sont noyées dans la graisse, sans avoir, bien au contraire, une tendance à se pédiculiser. La proportion de tissu adipeux est en outre très considérable, et telle qu'elle donne au néoplasme ses caractères extérieurs, qu'il prend une importance prédominante.

C'est donc un élément du néoplasme, élément très important ; il n'a pas avec les fibro-adénomes un simple rapport de voisinage, et sa production paraît liée à leur développement. On doit donc dire qu'il s'agit ici de fibro-adéno-lipome. Adéno-lipome, ce mot prête à confusion, car il sert précisément à désigner les lipomes développés autour de ganglions lymphatiques et à l'occasion d'une modification pathologique de ces ganglions. Cependant il n'est guère possible d'employer ici un terme meilleur, puisque fibro-adénome ou adéno-fibrome mammaire est une expression parfaitement acceptée et très répandue pour désigner certaines tumeurs de la mamelle. Or il se trouve qu'ici des tumeurs pareilles d'origine comparable se retrouvent dans l'aisselle. On ne peut pour cela les débaptiser. En outre, il entre dans leur constitution une couche de graisse assez importante pour constituer un véritable lipome. Il est juste d'associer ces termes et de dire qu'il existe dans l'aisselle un adéno-fibro-lipome mammaire. Ce dernier mot empêche la confusion avec les adéno-lipomes, tels qu'on les comprend d'ordinaire, développés autour des ganglions lymphatiques.

Les accumulations de graisse autour d'organes glanduleux qui sont le siège d'un processus pathologique ne sont pas rares. Chaque jour on en fournit de nouveaux exemples. Tissier par exemple vient, dans un des derniers numéros de la *Gazette des hôpitaux*, de faire cette démonstration pour les lipomes développés dans la loge de la glande sous-maxillaire. Il est probable qu'un certain

nombre de lipomes de la région mammaire reconnaissent cette pathogénie, et à l'avenir il y aura lieu en étudiant ces pièces de ne pas négliger l'examen de ce point particulier.

Grossesse extra-utérine abdominale secondaire, rompue dans le péritoine, par M. Marion, chirurgien des hôpitaux (p. 247). — Onéïda V..., âgée de 34 ans, couturière, entrée le 16 décembre 1899, salle Notre-Dame, n° 5.

Les antécédents de la malade ne présentent aucune particularité. Elle a déjà eu deux enfants bien portants actuellement.

Il y a un mois, la malade se croyait enceinte de deux mois environ, et jusqu'alors la grossesse avait évolué normalement, quand subitement et sans cause nette, au milieu de la journée, elle fut prise de violentes douleurs dans tout l'abdomen. Forcée d'interrompre son travail, elle se met au lit. Les douleurs s'apaisent peu à peu et il ne reste qu'une grande faiblesse qui oblige la malade à garder le lit. Elle reste chez elle où elle se soigne elle-même.

Le 12 décembre, c'est-à-dire à peu près un mois après ce premier accident, bien que la malade n'ait pas quitté le lit, elle est reprise de douleurs plus violentes que la première fois, surtout intenses dans la région hypogastrique, en même temps qu'apparaissent des vomissements. En outre, la malade éprouve des défaillances et même a une syncope. Les vomissements, la douleur continuent les jours suivants, et l'on se décide enfin à l'amener à l'hôpital le 15 décembre au soir. L'interne de garde qui la voit à ce moment trouve la malade dans un état des plus misérables : ce qui frappe tout d'abord, c'est une pâleur extrême, en même temps que le facies grippé, le nez pincé, les yeux cernés. Le pouls à peine perceptible, incomptable, la température est à 36°,4. Le ventre est ballonné, mat dans toute la partie inférieure. L'interne ne peut du reste avoir aucun renseignement de la malade qui n'a pas la force de répondre ; si bien qu'en face d'un pareil tableau il concluait à une péritonite généralisée, et, croyant à une mort excessivement prochaine, pense qu'une intervention est impossible.

Le lendemain matin 16 décembre, la malade était à peu près dans le même état, elle peut cependant répondre un peu aux questions, et, d'après les renseignements obtenus, on pense qu'il s'agit, non pas d'une péritonite, mais d'une rupture de gros-

sesse tubaire. L'opération est donc décidée et pratiquée immédiatement.

Opération. — Incision médiane sus-pubienne qui évacue plus d'un litre et demi de caillots et de sang répandus dans le petit bassin et entre les anses intestinales. Ablation de tous ces caillots; entre temps, émerge de la profondeur un fœtus long de 10 centimètres environ, parfaitement vivant, présentant des petits mouvements des bras et des jambes, et des battements au niveau du cordon.

Une fois l'abdomen nettoyé, j'aperçois la trompe gauche rompue et sans trop de difficulté je parviens à poser une ligature sur elle. Extirpation. Nettoyage. Mais, en examinant le ventre, j'aperçois sur la face interne de la paroi abdominale à gauche de la ligne médiane des restes de placenta, qui sont libérés et extirpés. En somme, la poche était formée en arrière par la trompe, en avant par la paroi.

Fermeture partielle de la paroi, en laissant un drainage sus-pubien plongeant jusque dans le fond du petit bassin.

Dans la journée 2 litres de sérum. La malade, quoique affaiblie, supporte l'opération mieux qu'on aurait pu l'espérer, et le soir son pouls était devenu perceptible, quoique encore très faible.

Les jours suivants, l'amélioration semble se confirmer ; le pouls se relève, et l'état général est meilleur. La malade commence à reprendre des forces et à répondre quand on l'interroge. Par le drainage, il sort du liquide séreux en petite quantité. Pas de vomissements. Tous les jours 2 litres de sérum.

Jusqu'au 21 décembre, l'état va en s'améliorant. Mais dans l'après-midi, la malade commence à être gênée pour respirer et le soir la température qui jusque-là avait évolué entre 37° et 37°,8 monte à 39°,5. L'auscultation révèle un foyer de râles sous-crépitants à droite. Ventouses scarifiées.

Le 22 décembre, la malade continue à respirer difficilement, le foyer de râles sous-crépitants s'est étendu. La plaie abdominale est en parfait état, il ne sort plus rien par le drainage.

Dans l'après-midi tout d'un coup apparaît une anasarque généralisée à tout le corps ; en même temps, la malade respire de plus en plus difficilement.

Le 23 décembre, je vois la malade le matin : l'œdème est considérable aux jambes, à l'abdomen, aux mains; l'auscultation fait

entendre, outre les râles qui existaient les jours précédents, des râles abondants d'œdème aux deux bases. L'auscultation du cœur est impossible, l'examen des urines, abondantes et claires, ne révèle pas trace d'albumine. La malade est dans un état comateux à peu près complet. Malgré cet état, je pratique quelques mouchetures aux membres inférieurs ; il s'écoule en abondance du liquide, mais deux heures après la malade mourait dans le coma.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait, qu'après une première rupture la poche avait pu s'oblitérer en s'accolant à la paroi abdominale antérieure, sur laquelle s'était greffée une portion du placenta. Une seconde rupture avait eu lieu un mois après cet accident, et quatre jours après cette seconde rupture je trouvais encore le fœtus vivant au milieu des anses intestinales.

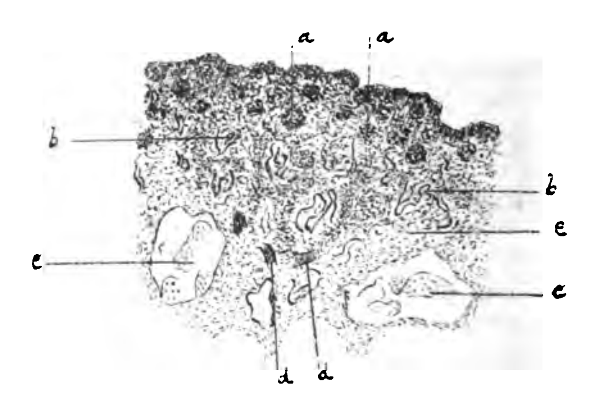
Dégénérescence polykystique des deux reins chez un fœtus de 7 mois avec dystocie et mort du fœtus. Etude histologique des altérations de la substance glandulaire, par MM. Lenoble, Caraès, Le Bot (p. 279). — Une secundipare de 30 ans dont la grossesse avait marché régulièrement sent, quinze jours avant l'accouchement prématuré de 7 mois, les mouvements actifs du fœtus disparaître. La sage-femme appelée au moment des douleurs se trouve en présence d'une présentation du siège, elle exerce des tractions si violentes que les deux membres inférieurs se détachent. Les docteurs Caraès et Le Bot appelés constatent que la dystocie est due à une poche kystique formée par l'abdomen du fœtus. Après incision ils amènent au dehors deux masses énormes constituées par les reins dégénérés. Le reste de l'accouchement fut normal.

L'un des reins examiné se présente sous l'aspect d'une masse blanchâtre tremblotante, constituée à la coupe par une quantité prodigieuse de petits kystes transparents, remplis d'une substance muqueuse, épaisse, semblable à de la colle forte. A la partie interne de la coupe on reconnaît les pyramides.

Histologiquement on reconnaît à la partie externe des coupes : les glomérules à peu près indemnes pour la plupart ; les tubuli contorti tapissés par une membrane formée par des cellules cubiques. Ces organes sont noyés dans un tissu de prolifération

embryonnaire. Dans le reste de la coupe on aperçoit des mailles limitées par des travées de tissu conjonctif adulte avec de nombreuses cellules embryonnaires. Certains des gros vaisseaux qui les traversent ont leurs parois légèrement épaissies. Les petits vaisseaux ont conservé leur aspect normal.

On se trouve en présence d'un *épithélioma mucoïde* se rattachant au groupe étudié par Malassez.



aa, Glomérules. — *bb*, Tubuli contorti. — *cc*, Kystes avec une partie de leur épithélium détaché par le rasoir. — *dd*, Vaisseaux à parois normales. — *e*, Infiltration embryonnaire.

Cette altération peut s'observer chez l'adulte où elle comporte une longue survie.

En se basant sur ce que l'on connaît du développement du rein, on peut admettre que la lésion, développée aux dépens du parenchyme rénal seul, doit être développée vers le troisième mois de la vie fœtale.

La figure demi-schématique ci-jointe donnera une idée des altérations étudiées qui feront l'objet d'une étude plus détaillée avec les réflexions qu'elle comporte, étude qui paraîtra prochainement.

Fibrome kystique de l'utérus, par MM. Souligoux, chirurgien des hôpitaux, et Deschamps, interne des hôpitaux (p. 286). — Cette tumeur fut enlevée de l'abdomen d'une femme de 48 ans, entrée dans le service du docteur Peyrot à Lariboisière.

La malade présentait un abdomen considérable, mesurant 1m.41 de circonférence au niveau de l'ombilic. Elle avait commencé à voir son ventre augmenter depuis 3 ans environ. Elle avait vu divers médecins qui avaient fait le diagnostic de kyste de l'ovaire, c'est d'ailleurs le diagnostic qui fut également fait dans le service. On lui avait fait en ville, il y a 6 mois, une ponction qui n'avait fait que diminuer temporairement la tumeur.

De l'appendice xyphoïde au pubis elle mesurait 68 centimètres d'une épine iliaque à l'autre 1 mètre.

Dans ses antécédents, on ne relève d'important qu'une métrorrhagie abondante en 1890 : l'état général est toujours resté relativement satisfaisant; la malade était surtout gênée par le poids de la tumeur qu'elle portait.

Opération, le 28 mars 1901, par MM. Souligoux et Deschamps. Incision de l'abdomen sur la ligne médiane remontant à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. On voit alors la tumeur au-devant de laquelle serpentent de grosses veines épiploïques du volume d'une grosse plume d'oie. Ces veines sont pincées et sectionnées entre deux pinces. La tumeur est ponctionnée avec peine : le trocart est enfoncé difficilement dans le kyste; il s'en écoule environ 28 litres de liquide noirâtre.

On attire alors la tumeur au dehors avec grande difficulté, à cause de son volume énorme, et on voit d'énormes veines épiploïques s'insérer sur elle. Ces veines sont saisies entre des pinces et sectionnées.

On trouve à la partie supérieure une adhérence très intime au côlon transverse qui est sectionnée au ciseau, en coupant à travers la paroi du kyste.

La tumeur alors libérée de ses adhérences peut être complètement énucléée hors de l'abdomen ; on constate alors qu'elle est implantée sur la corne utérine droite, et c'est en plein tissu utérin qu'on coupe pour l'éliminer définitivement. A ce moment, la terminaison de l'utérine donne un jet abondant, elle est pincée et liée. Toutes les veines épiploïques sont liées au catgut ; la plaie utérine est réunie à la soie. La paroi abdominale est refermée; les suites opératoires ont été simples, la malade a guéri parfaitement. En outre tout l'utérus était farci de fibromes.

A l'*examen macroscopique* de la poche, après l'avoir ouverte, on trouva ce même liquide sale qu'on avait tiré avec le trocart ; mais,

en même temps, une sorte de boue jaunâtre, ocreuse, adhérente à la paroi.

La paroi de la poche est mince par endroits, mais présente en d'autres des épaississements ayant jusqu'à 4 centimètres d'épaisseur.

Le poids de l'enveloppe était de 7 kilogrammes.

Le tissu de cette poche présentait absolument à la coupe l'aspect du fibrome utérin. D'ailleurs l'*examen histologique* pratiqué par M. Milian a démontré qu'il s'agissait d'un fibrome kystique.

Tumeurs épithéliales des ovaires consécutives à un cancer d'estomac, par MM. Souligoux, chirurgien des hôpitaux, et Deschamps, interne des hôpitaux. — Il s'agit d'une malade de 36 ans ayant une affection abdominale datant de 6 mois environ. Cette affection fut caractérisée par l'apparition rapide d'une ascite à répétition avec cachexie précoce. Plusieurs ponctions furent pratiquées en ville et chaque fois l'ascite se reproduisit avec une rapidité étonnante.

Opération, le 6 avril 1901, par MM. Souligoux et Deschamps. L'abdomen ouvert, il s'échappe une grande quantité de liquide ascitique de la couleur du petit-lait.

Le péritoine pariétal est épaissi, induré, injecté : il est en outre, de même que le viscéral, recouvert d'un exsudat blanchâtre avec des granulations aplaties de même couleur. On enlève alors une tumeur développée dans l'ovaire droit, de la grosseur des deux poings, dure, pédiculée.

Puis on enlève l'ovaire gauche qui a le volume d'un abricot et qui est également dur et bosselé. Le tissu cellulaire du bassin semble induré et épaissi.

La paroi est refermée et les suites immédiates sont satisfaisantes ; la malade semble devoir guérir de son intervention, quand brusquement 5 jours après elle meurt subitement avec des phénomènes dyspnéiques, sans doute par embolie.

L'autopsie montra ce que la laparotomie avait déjà montré, c'est-à dire la généralisation cancéreuse à tout le péritoine, tant pariétal que viscéral. En outre la paroi stomacale était indurée et épaissie au niveau de la grande courbure : il y avait manifestement là une masse néoplasique.

L'*examen histologique* des tumeurs ovariennes, pratiqué par

M. Milian, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique, il faut donc admettre que la tumeur primitive fut la tumeur stomacale qui passa inaperçue pendant la vie et qui se généralisa ensuite au péritoine et aux ovaires.

Fibrome du ligament large (p. 331). — M. Pasteau présente un volumineux fibrome du ligament large. Cette tumeur, du poids de 11 livres, a été enlevée chez une femme de 39 ans ; elle était pédiculée sur la partie latérale droite de la portion sus-vaginale du col. L'uretère était dévié, croisait la face postérieure de la tumeur, puis s'insinuait sous le pédicule de la tumeur pour aller gagner la vessie. Après la décortication du fibrome, sur une longueur de 10 à 12 centimètres, l'uretère se trouvait accolé à la poche flottante constituée par le péritoine. En même temps que le fibrome, existait un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire droit, qui a été enlevé. L'utérus a été laissé en place ; les suites opératoires ont été simples.

Coexistence d'un fibrome de l'utérus avec un cancer du col et une double salpingite suppurée, par M. Jacques Delage, externe des hôpitaux (p. 341). — La pièce que nous présentons a été enlevée au cours d'une laparotomie faite par notre maître M. le professeur Terrier.

La malade était entrée pour un cancer du col de l'utérus, encore limité à la lèvre postérieure, sans envahissement du vagin. On décida de faire alors l'hystérectomie abdominale totale.

Cette opération fut rendue extrêmement difficile par la présence d'un fibrome de l'utérus et d'une énorme salpingite double suppurée, adhérente partout avec envahissement du ligament large droit. L'opération dura une heure. La malade, très épuisée et que l'on avait cependant remontée autant que possible avant l'opération, succomba au deuxième jour, sans aucun phénomène douloureux du coté de l'abdomen.

A l'autopsie l'on ne découvrit nulle trace de péritonite. Il existait seulement au niveau du ligament large droit une surface cruentée, que l'on n'avait pu recouvrir de péritoine lors de l'opération. L'examen de la pièce montre que, outre le cancer du col, l'utérus présente dans sa paroi postérieure un fibrome du volume d'une grosse mandarine, et deux autres petits noyaux fibreux plus

petits, Les trompes sont le siège chacune d'une volumineuse salpingite; l'examen de leur contenu a montré que c'était du pus à streptocoques.

Cette pièce nous a paru intéressante au point de vue de la multiplicité des lésions sur un même sujet, qu'elles ont amené rapidement à un état de santé si précaire qu'il n'a pu résister au schok opératoire.

Tumeur solide bilatérale de l'ovaire, par M. J. Abadie (de Montpellier) (p. 392). — C... Gertrude, 36 ans, entre le 28 avril à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Sans antécédents héréditaires, cette femme a eu un avortement il y a 8 ans ; depuis ce moment, ménorrhagies fréquentes, abondantes. Il y a 6 ans, congestion pulmonaire avec hémoptysies.

La malade fait remonter le début de sa maladie actuelle à 4 mois : dernières règles le 5 janvier ; quelques jours après, métrorrhagie abondante suivie de coliques violentes dans le petit bassin ; ces coliques ont duré 2 mois et se sont accompagnées d'une augmentation rapide du volume de l'abdomen avec amaigrissement prononcé.

Actuellement, ascite considérable, palpation non douloureuse. Au toucher vaginal, légèrement douloureux, culs-de-sac latéraux occupés par deux masses difficilement perceptibles ; à gauche, tumeur mobile à laquelle le doigt peut imprimer des ballottements ; à droite résistance plus fixe et cul-de-sac effacé.

La malade n'a pas d'appétit : jamais de vomissements, forte constipation. Les mictions sont douloureuses et fréquentes depuis 3 mois environ, l'urine est normale.

État général défectueux ; amaigrissement, pertes des forces.

Diagnostic. — M. le professeur agrégé Imbert pense à une péritonite tuberculeuse avec réserves sur la nature de la ou des tumeurs perceptibles au toucher vaginal.

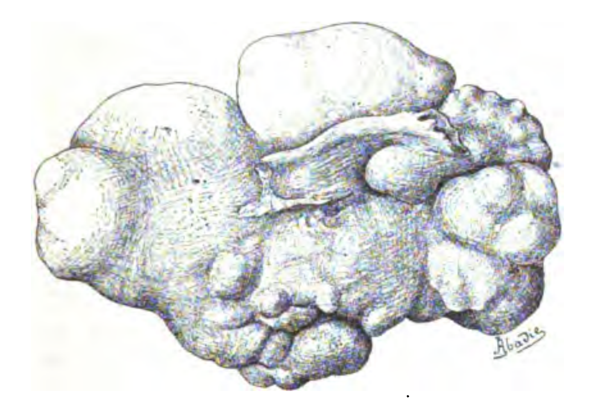
Opération, le 4 mai 1901. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale, 6 litres au moins de liquide ascitique clair, citrin, non hémorrhagique s'écoulent. L'intestin anormalement vascularisé est criblé d'un semis de granulations miliaires ; des adhérences peu résistantes réunissent les anses grêles. A gauche, on trouve une tumeur indépendante de l'utérus, non incluse dans le ligament large, située en arrière de la trompe saine, non

adhérente à l'intestin ni au péritoine pariétal, bien pédiculisée. Ablation de la tumeur et de la partie externe de la trompe. A droite, il existe une tumeur de même aspect, de même volume, mais solidement soudée au péritoine pariétal et adhérentes à plusieurs anses intestinales. On ne tente pas l'ablation.

On éponge bien tout le liquide ascitique, on draine, on ferme.

8 mai. — Premier pansement. On enlève les drains.

28. — La malade sort, réunion *per primam*. État général peu amélioré. Pas d'ascite nouvelle. Au toucher vaginal, le doigt est vite arrêté par une résistance dure, nullement mobile ; le petit



bassin tend de plus en plus à être envahi. Œdème des membres inférieurs à la fin de la journée.

Examen de la pièce. — *Macroscopiquement*, la tumeur, du poids de 185 grammes, du volume d'un poing, forme une masse multilobulée, à surface mamelonnée, de couleur claire, très légèrement vascularisée, lisse au toucher. Elle se compose grossièrement de trois lobes, l'un supérieur bien individualisé, les deux autres latéraux portant des bosselures plus ou moins hémisphériques de volume variable. La trompe paraît normale ainsi que le pavillon. La consistance de la tumeur est ferme et uniforme. A *la coupe*, en quelque point que portent les sections, on trouve des noyaux à contours peu nets, ordinairement circulaires, d'aspect blanc, résistants, de volume très variable, qui semblent être inclus dans un tissu moins dense.

Microscopiquement, en aucun point on ne distingue la structure

habituelle de l'ovaire dont il est même impossible de retrouver aucun élément. En aucun point, on ne trouve de cellules géantes ni de foyers de ramollissement. Quant à la nature de la tumeur, M. le professeur Bosc estime qu'il s'agit d'un endothéliome.

En résumé, ascite, granulations miliaires sur le péritoine, tumeur solide bilatérale de l'ovaire avec adhérences d'un côté chez une femme de 86 ans dont l'état général est altéré. Les différents diagnostics plausibles et successivement émis sont les suivants :

1° *Tuberculose péritonéale et tuberculose des annexes*. L'ascite, les granulations miliaires, la bilatéralité des lésions ovariennes, l'existence d'adhérences plaidaient en faveur de ce diagnostic. Mais trompe saine, pavillon normal. Une tuberculose de l'ovaire, sans participation du péritoine péri-ovarique ni de la trompe devenait fort improbable (Guillemain [1] nie son existence). L'examen histologique ne montre rien de tuberculeux.

2° *Fibro-sarcome de l'ovaire*. C'est là une affection assez rare, surtout quand la tumeur est bilatérale (Bourgouin (2) sur plus de 30 observations ne rapporte qu'un cas de fibro-sarcome bilatéral de l'ovaire, cas emprunté à Fred. Wiggin). L'ascite pouvait faire penser à une péritonite tuberculeuse concomitante ou plus rationnellement à une généralisation du sarcome. Les caractères de tumeur à marche rapide, à consistance dure, la précocité de l'ascite et des adhérences, les troubles de la miction, l'altération de l'état général, l'aspect microscopique des lésions en certains points sont en faveur du sarcome, mais ils sont aussi en faveur de :

3° *L'endothéliome*, diagnostic auquel se rattachait M. le professeur Bosc en se basant surtout sur l'examen histologique.

Épithéliome végétant double de l'ovaire, par M. Bisch, interne des hôpitaux (p. 409). — Femme du service de M. Quénu chez laquelle on avait porté le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire.

On sentait dans le cul-de-sac de Douglas une grosse masse néoplasique, complètement immobile, paraissant faire corps avec le rectum et l'utérus, et l'opérabilité de cette tumeur semblait pour

(1) Guillemain, La tuberculose de l'ovaire *Rev. de chir.*, 1894, p. 981.
(2) Bourgouin, *Étude clinique sur quelques tumeurs solides de l'ovaire à évolution lente*, Th. Paris, 1895 (obs. XXIII).

le moins très douteuse. Néanmoins on fit courir à la malade les chances d'une laparotomie exploratrice. Cette intervention confirma de tous points le diagnostic clinique. Les premiers efforts de M. Quénu pour dégager la tumeur furent vains. Tout le cul-de-sac de Douglas était comblé par un énorme chou-fleur qui y était comme enclavé. M. Quénu pratiqua alors l'hystérectomie subtotale à la suite de laquelle la tumeur se dégagea presque d'elle-même. Les deux ovaires étaient néoplasiques. Ils étaient tous deux prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, et, sans une hystérectomie complémentaire, leur ablation eût été impossible. La malade a parfaitement guéri. Depuis son opération qui remonte à 2 mois, elle a engraissé et tout porte à croire que sa guérison est définitive.

L'*examen histologique* de la tumeur pratiqué par M. Landel a donné les résultats suivants :

A la surface de la tumeur on remarque un épithélium formé de petites cellules à gros noyaux se multipliant rapidement et présentant les caractères ordinaires des éléments de l'épithélioma cylindrique. Cet épithélium recouvre la surface de toutes les végétations de la tumeur. A l'intérieur même du néoplasme, au milieu d'un tissu conjonctif très abondant, on rencontre parfois de petites végétations recouvertes de ce même épithélium. Le tissu conjonctif est celui des épithéliomas végétants ordinaires de l'ovaire, c'est-à-dire qu'il est formé d'un tissu fibrillaire lâche avec substance interstitielle mucoïde et de nombreux éléments lymphatiques.

Cette pièce est intéressante à deux points de vue :

1° Malgré l'inopérabilité apparente de cette tumeur, la laparotomie exploratrice, qui ne faisait courir aucun risque à la malade, donnait à cette dernière les seules chances de guérison qu'elle pût avoir ;

2° Comme M. Quénu l'a montré souvent, l'hystérectomie complémentaire des opérations sur les annexes a permis, ici encore, le dégagement et l'ablation d'une tumeur dont tout autre procédé n'aurait pu venir à bout.

Épithéliome papillaire du sein, par M. le professeur Cornil (p. 411). — Tumeur du sein enlevée par M. Chaput. On trouve sur ces coupes des figures qui permettent d'interpréter une tumeur

analogue, présentée il y a quelque temps par M. Marie. Dans cette dernière, il s'agissait d'une tumeur du sein présentant des alvéoles sphériques, petites cavités microscopiques tapissées de plusieurs couches d'épithélium cylindrique ; on ne voyait pas de villosités épithéliales, mais, au milieu des assises de cellules cylindriques, on distinguait des coupes transversales de capillaires caractérisés par leur endothélium et entourés de cellules cylindriques stratifiées.

Dans la tumeur actuelle on retrouve des kystes microscopiques, tapissés de cellules cylindriques, et des sections de capillaires enfouis dans l'épithélium cylindrique comme dans l'observation de M. Marie ; mais, à côté, on constate en plus des cavités plus grandes, de la paroi desquelles se détachent des villosités, des végétations recouvertes d'un épithélium cylindrique parfaitement caractérisé, ou, de distance en distance, des troncs vasculaires de conformation variée.

Cette tumeur est donc, comme celle de M. Marie, un épithéliome papillaire ; c'est à ce genre de tumeur que M. Cornil avait donné autrefois l'appellation de carcinome villeux du sein à cellules cylindriques.

Ces tumeurs ont généralement une évolution lente, et, si elles récidivent après l'ablation chirurgicale, ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'années. M. Cornil a vu, dans un cas, la récidive ne survenir qu'au bout de 9 ans. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Festschrift dem H.-P. Fritsch (aüs der *Beitr. zür Geburtshilfe ünd Gynäkologie*), 1902. — Ce *Festschrift* forme un volume de 354 pages, contenant 22 mémoires ou simples notes des élèves de Fritsch.

Signalons un travail de Biermer sur la compression des uretères dans l'éclampsie, un travail de Kantorowicz sur la cure radicale du prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale avec résection du vagin suivant le procédé de Fritsch, un travail de Stœckel sur la dégénérescence kystique des ovaires dans la môle hydatiforme, un

mémoire de Schröder sur la pression sanguine et l'étude cryoscopique du sang et de l'urine pendant la grossesse normale et pathologique, une note de Courant sur l'anatomie et la physiologie de la glande de Bartholin ; enfin, un mémoire de Pfannenstiel sur les opérations plastiques dans les atrésies étendues du vagin.

P. Lecène.

Die Gynækologie des Soranus von Ephesus, von J. Lachs (*Samml. klinisch. Vorträge*, n° 335, 1902). — Dans ce mémoire, Lachs étudie l'œuvre de Soranus d'Ephèse, qui vivait au temps des empereurs Trajan et Hadrien et pratiquait à Rome. Soranus écrivit un peu sur tous les points de la médecine de l'époque : hygiène, pharmacologie, chirurgie et surtout gynécologie. — En passant, l'auteur nous apprend que Soranus méprisait complètement l'anatomie, et ne faisait que peu de cas de la physiologie ; aussi ne sommes-nous pas surpris de voir que son œuvre se compose de théories plus ou moins saugrenues sur les maladies de l'appareil génital de la femme, avec çà et là quelques conseils d'hygiène probablement aussi vieux que le genre humain, et quelques observations assez justes sur l'accouchement, les suites de couches et la môle hydatiforme.

P. Lecène.

Die chirurgische Behandlung der Uteruscarcinome, von prof. Jordan (*Zeitsch. f. Geburt. und Gynäk.* Bd. 45, Heft. 2, 1902). — Dans ce travail fort intéressant, Jordan étudie l'état actuel de la question du traitement chirurgical du cancer utérin. Son expérience personnelle et ce qu'il a pu voir lui permettent de dire que pour les cas de cancers encore limités à l'utérus (col ou corps) l'hystérectomie vaginale est le procédé de choix.

L'extirpation du cancer de l'utérus par l'abdomen, au contraire, est beaucoup plus dangereuse et ne donne pas de meilleurs résultats que l'hystérectomie vaginale ; on doit donc la réserver aux cas où la voie vaginale est absolument impraticable, ou lorsque le cancer est développé sur un utérus fibromateux ou compliqué de kyste ovarique; l'extirpation des ganglions, les curages systématiques du pelvis semblent à Jordan des sports chirurgicaux à rejeter, aggravant énormément le pronostic des interventions, sans résultats appréciables. D'ailleurs, la voie paravaginale de Schuchardt, que Jordan a employée six fois, donne de très bons résultats en permet-

tant d'enlever par le vagin des néoplasmes ayant déjà dépassé les limites de l'utérus, avec un pronostic opératoire beaucoup moins grave que dans les interventions abdominales. Enfin, dans les cas où, pour des raisons spéciales, on ne veut faire subir à la malade que le minimum de traumatisme opératoire (affections cardiaques, rénales, diabète, albumine), l'amputation supravaginale du col, dont la mortalité opératoire est nulle aujourd'hui, constitue une très bonne opération, puisque les résultats éloignés de Krukenberg, Hofmeier et Winter ont donné 27,6 p. 100 *de guérisons* (à plus de 5 ans), tandis que l'hystérectomie vaginale ne donne que 17,6 p. 100 de guérisons définitives.

P. Lecène.

Ueber die plastiche Verwendüng des in die Scheide gestürzten Uteruskorpers bei Prolapsen, von C. Bucura (*Zeit. f. Geburt. und Gynäkol.*, 2. 45. Heft. 3), 1902. — Ce travail de Bucura contient les observations de 16 malades opérées par le procédé de Wertheim: ce procédé, décrit en 1899, s'adresse aux cas de prolapsus utérins accentués; il consiste à pratiquer sur la paroi vaginale antérieure un avivement ovalaire large; à faire passer le corps utérin, par une colpocœliotomie antérieure, dans le vagin et à le fixer dans les limites de l'avivement ovalaire; on fait ensuite une périnéoraphie postérieure s'il le faut. Ce procédé est simple, dit l'auteur; sur 16 cas il n'y eut qu'un seul cas de récidive, mais celle-ci fut totale et l'utérus, entraînant la vessie, faisait complètement saillie hors du vagin. Dans tous les autres cas, il y avait, longtemps après l'opération (de 1 an à 2 ans), un bon résultat plastique et fonctionnel.

P. Lecène.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Audard. Laparocèle gauche abdominale due à un arrêt de développement partiel des muscles de la paroi abdominale. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1902, n° 3, p. 484. — **Bossi.** Dimostrazione gineco-

logica della non contagiosita del cancro e sue applicazioni. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 2, p. 149. — **Brouha**. Contribution à l'étude des tumeurs tératoïdes de l'abdomen. *La Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1902, n° 3, p. 401. — **Cappellani**. Contributo all'istologia dell'ovidutto. *Archiv. ital. di Ginec.*, 1902, n° 1, p. 1. — **Chaput**. Indications respectives de la cocaïnisation locale, de la rachicocaïnisation et de l'anesthésie générale. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, mai 1902, p. 549. — **Dützmann**. Das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei eitrigen Processen im Genitalapparat der Frau; ein diagnostische Hilfsmittel in der Gynäk. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 14, p. 359. — **Engelmann**. Birth and Death-Rate as influenced by obstetric and gynecol. Progress. *The Boston med. a. surg. J.*, mai 1902, p. 505; 541. — **Franz**. Ueber die Bedeutung der Brandschorfe in der Bauchhöle. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII, Hft. 1, p. 64. — **Halliday Croom**. Hæmatemesis after Operation. *The British gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 47. — **Hamilton**. Post-operative obstruction in a case of sarcoma of the uterus and mesenteric cyst due to incarceration of the small intestine in a hole in the mesentery. *Med. Record*, mai 1902, p. 854. — **Hartley (F.)**. Abdominal Echinococcus Cysts. *Med. Record*, avril 1902, p. 641. — **Henrotay**. Des températures post-opératoires chez les anémiques. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. XIII, n° 1, p. 8. — **Hitschmann** et **Lindenthal**. Zur Frage der Verwerthbarkeit der Lungenschwimprobe bei Keimgehalt der Uterushöhle. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXVI, Hft. 2, p. 350. — **Kalabine**. Les affections blennorrhagiques du système nerveux chez la femme. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1902, n° 2, p. 296. — **Kleinwachter**. Einige Worte über die Menopause. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII, Hft. 1, p. 23. — **Lester Hall**. The misleading Significance of ovarian Pain. *Med. News*, avril 1902. p. 687. — **Laubenburg**. Ueber Wesen und Bedeutung der veränderten Blutbeschaffenheit bei eitrigen Processen in genital Apparat der Frau. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 22, p. 582. — **Mariani**. Sul valore pratico della reazione di N. Umikoff nel latte muliebre. *Annali di Ost. e Ginec.*, mars 1902, p. 322. — **Martin**. Ziele und Wege der heutigen Gynäkologie. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1902, n° 19, p. 425. — **Melchiore**. Lo stato nervoso della donna dipendente dalle alterazioni degli organi genitali ed il suo trattamento. *La Clinica ostet.*, avril 1902, p. 130. — **Meyer (R.)**. Was ist intraabdominaller Druck? *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 22, p. 578. — **Nenadovicz**. Die Behandlung der Frauenkrankheiten in Franzensbad. *Wiener med. Presse*, 1902, n° 18, p. 842. — **Osler (W.)**. Note on the occurence of Ascites in solid abdominal Tumors. *Philadelph. med. J.*, mai 1902. p. 928. — **Pichevin**. De la péritonisation. *Sem. gynéc.*, 27 mai 1902. p. 161. — **Römer**. Ueber scheinbar primare in Wirklichkeit metastatische Krebserkrankung der inneren Geschlechtorgane bei Tumorbildung in Abdominalorgan. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVI, Hft. 2, p. 144. — **Snow (H.)**. Prophylaxis in Gyn. *The British gyn. J.*, février 1902, p. 277. — **Vidal (E.)**. Tratamiento de la neurastenia feminea por los extractos de ovario. *La Sem. med.*, 1902, n° 12, p. 187. — **Williams (R.)**. Precocious sexual development with abstracts of over one hundred authentic cases. *The British gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 85.

THÉRAPEUTIQUE GYNECOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRU-

MENTS. — **Catterina.** Ueber die hystero-kataphraxis. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 26, p. 687. — **Curatulo.** Ein speculum fur Vaginalhystero-therapie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 21, p. 550. — **Einsenberg.** Ein neuer einfacher Nähtapparatus. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 20, p. 525. — **Léopold.** Zur schnellen vollständigen Erweiterung des Muttermunde mittels des Dilatatorium von Bossi, namentlich bei Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 19, p. 489. — **Littauer (A.).** Ein « kleines Nickelstäbchen » zum Gebrauch keimfreier Watte bei der Gebärmutteratzung. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 13, p. 327. — **Ramsay (W.).** Modified uterine Dilators. *The British gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 1. — **Rielander.** Der mikroskopische Nachweis vom Eindringen des Alkohols in die Haut bei der Heisswasser, Alkohol, Desinfection. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII, Hft. 1, p. 4. — **Rosenstein.** Ein Doppelkatheter zur Verhütung der Cystitis bei Frauen. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 22, p. 569. — **Rudolph.** Der Tamponadescheidenhalter. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 18, p. 467.

VULVE ET VAGIN. — **Blaschko.** Zur Abortivbehandlung der Gonorrhœ. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1902, n° 19, p. 430. — **Bohnstedt.** Zur Frage über Verletzungen der Scheidengewölbe sub coitu. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 17, p. 444. — **Carmalt (Ch.).** Lipoma of the vulva. *Am. J. Obst.*, mai 1902, p. 688. — **Morchenhauer.** Ueber Vaginalmyom. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 21, p. 549. — **Ricci.** Sulle cisti dell' imene. *Archivio ital. di ginec.*, avril 1902, p. 89. — **Sturmer.** A case of parasitic Cyst of the vulva. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, vol. XLIV, p. 2. — **Thomass.** Ein Fall von echtem Fibrom der Vulva. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 25, p. 657. — **Trespe.** Beitrag zur Kraurosis vulvæ. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVI, Hft. 2, p. 321.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE l'UTÉRUS, PÉRINÉORRAPHIE. — **Baldy.** A new operation for retrodisplacement. *Am. J. Obst.*, mai 1902, p. 650. — **Bejea.** Acquired incomplete and complete prolapse of the uterus and vagina in nulliparous women. *Am. J. Obst.*, mai 1902, p. 654. — **Bucura.** Anatomischer Befund eines wegen Prolaps nach Wertheim operirten Falles. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 2, p. 304. — **Coggeshall.** Two new Methods of operating for Retrodisplacements of the Uterus. *The Boston med. a. surg. J.*, mars 1902, p. 331. — **Davis (E.).** Retroversion and Retroflexion of the uterus. *Am. J. Obst.*, mars 1902, p. 351. — **Diviani.** Le plastiche vagino-perineali nella cura del prolasso in rapporto colla gravidanza e col parto. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 2, p. 236. — **Edge.** Uterus and upper portio of Vagina removed for prolapse, after plastic operation had failed in a Woman after the Menopause. *British gyn. J.*, février 1902, p. 206. — **Gatti.** La ventro-isteropessia nelle antideviazioni acquisite dell' utero. *Annali di Ost. e Gynec.*, mars 1902, p. 308. — **Godart.** Accouchement normal à la suite du plissement vaginal des ligaments ronds. *La Policlinique*, Bruxelles, 1902, n° 8, p. 170. — **Koblanck.** Beiträge z. Behandlung der Retroversioflexio uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 1, p. 89. — **Hoysted.** Case of Inversion of Uterus. *British med. J.*, mai 1902, p. 1206. — **Kreutzmann.** The uniform Principle in performing Operations for lacerated Perineum, Cystocele, Rectocele and Prolapse. *Am. J. Obst.*, mars 1902, p. 359. — **Machnaughton-Jones.** Miscar-

riage and difficult Labour after ventrofixation; removal of ovarian blood Cyst; extensive attachment of the uterus to the abdominal wall. *The British gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 55. — **Micheli.** Nuovo processo di cura della retroflessione dell utero. *Archivio ital. di ginec.*, avril 1902, p. 110. — **Royster.** Repair of a complete Laceration of the Perineum in a girl of nine years, produced by the finger of the obstet. at the Patient's birth. *Am. J. Obst.*, mars 1902, p. 405. — **Spinelli (G.).** Due Casi di inversione uterina per estrinsecazione vaginale du tumori cavitari. *Archiv. ital. di Ginec.*, 1902, n° 1, p. 25. — **Wenning.** Prolapsus Uteri with a case Report. *Am. J. Obst.*, mars 1902, p. 390. — **Wesley Bovée.** A contribution to the surgical Treatment of laceration of the female Perineum. *Am. J. Obst.*, mars 1902, p. 365.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Addinsell.** A case of premature senility of the uterus. *British med. J.*, mai 1902, p. 1205. — **Austerlitz.** Beitrag zur Casuistik des Deciduoma malignum. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1902, t. XV, p. 67. — **Bertino.** Sulla ipertrofia longitudinale della porzione vaginale del collo dell' utero. *Archivio di ost. e ginec.*, 1902, n° 3, p. 174. — **Blacker.** Vaporization of the uterus. *Journal of obstetrics and gynæcology of British Empire*, London, mai 1902, p. 488. — **Bonifield.** The undeveloped uterus. *Am. J. Obst.*, mai 1902, p. 669. — **Croft (O).** A Case of tubercular papillary Disease of the cervix uteri. *The Journ. of Obst. a. gyn. of the British Empire*, juin 1902, p. 639. — **Findley Palmer.** Anatomy of the menstruating uterus. *Am. J. of Obst.*, avril 1902, p. 509. — **Gosselin.** *Contribution à l'étude du traitement médical des métrites et salpingites.* Th. Paris, 1901-02, p. 303. — **Gottschalk.** Eine besondere Art seniler, hämorrhagischer, leucocytärer Hyperplasie der Gebarmuterschleimhaut. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVI, Hft. 2, p. 169. — **Graefe.** Ueber einen Fall von Chorio-Epithelioma malignum. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 20, p. 521. — **Gullmi.** Cura delle metrorragie mediante il decoto di ortiche. *La Clinica ostetrica*, mars 1902, p. 101. — **Halliday Croom.** On the clinical features and postmortem appearances of a case of deciduoma malignum. *The British Gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 59. — **Hengge.** Gutart. Mehrschich. des Epithels im corpus uteri. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, mai 1902, p. 786. — **Herman.** A clinical lecture on dysmenorrhœa. *British med. J.*, mai 1902, p. 1193. — **Johansen.** *Les hémorrhagies utérines au début de la blennorrhagie.* Th. Paris, 1901-02, p. 206. — **Ladinshy.** Deciduoma malignum. *The Am. J. of Obst.*, 1902, n° 4, p. 465. — **Le Rouzic,** *Hématométrie unilatérale dans un utérus bicorne avec vagin simple.* Th. Paris, 1901-02, n° 300. — **Lewers.** A case of primary tuberculosis of the cervix simulating cancer, and treated by vaginal hysterectomy. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, juin 1902, p. 632. — **Lockyer.** A Case of chorio-epithelioma with pulmonary metastases. *Trans. of the obst. Soc. of London*, vol. XLIV, p. 24. — **Machnaughton-Jones.** Cases of recurrent hæmorrhagie after molar Abortion; symptoms simulating those of deciduoma malignum. *The British gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 75. — **Marchand.** Zur Erwiderung an Dr Winkler, das Deciduom. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII, Hft. 1, p. 72. — **Pauer.** Ein Fall von uterus duplex separatus. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 25, p. 660. — **Pierce (F.).** Chorio-Epithelioma malignum. *Am. J. Obst.*, mars 1902, p. 321. — **Pompe van**

Meerdervoort. De l'anatomie pathologique de la pseudo-endométrite. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1902, n° 2, p. 227. — **Theilhaber**. Die Variationen im Bau des Mesometrium und deren Einfluss auf die Entstehung von Menorrhagien und von Fluor. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVI, Hft. 1, p. 1. — **Trotta**. Sulla cura delle rotture dell' utero. *Archivio di ost. e ginec.*, 1902, n° 3, p. 160. — **Vedeler**. Metritis hysterica. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVI, Hft. 2, p. 176. — **Walthard**. Die bacteriotogische Endometritis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 2, p. 241.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Abram Brothers**. Report of a case of cœsarian section followed by hysterectomy for impacted cervical fibroid and prolapse of gangrenous umbilical cord in a septic woman : recovery. *Med. Record*, juin 1902, p. 893. — **Baldy**. Primary Carcinoma of the uterine fundus. *Am. J. Obst.*, mars 1902, p. 356. — **Bishop** (**S**.). A demonstration of changes occuring in uteri in which Fibromyomata are present. *The British Gyn. J.*, février 1902, p. 286. — **Condamin**. De la transformation néoplasique du moignon utérin après l'hystérectomie subtotale. *Lyon méd.*, avril 1902, p. 561. — **Cristeano**. Hystérectomie abdominale totale pour rupture de l'utérus gravide pendant l'accouchement. *Bull. et mém. Soc. chir.*, Bucharest, 1902, n° 2, p. 51. — **Cumstom** (**G**). The surg. aspects of Carcinoma Uteri, complicating pregnancy. Labor and the puerperium. *The Boston med. a. surg. J.*, avril 1902, p. 409. — **Doderlein**. Ueber abdominalle Exstirpation des carcinomatosen Uterus nach Wertheim. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 26, p. 681. — **Giddings**. Two unique cases of hysterectomy. *The Boston med. a. surg. J.*, mai 1902, p. 489. — **Girvin**. Two hysterectomies for fibroid tumor with marked anemia. *Am. J. Obst.*, mai 1902, p. 666. — **Henrotay**. Dégénérescence séreuse d'un fibrome pédiculé, pseudo-kyste. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. XIII, n° 1, p. 12. — **Irish**. Abdominal hysterectomy for Uterine Cancer. *The Boston med. a. surg. J.*, avril 1902, p. 407. — **Jacobs**. Hystérectomie abdominale pour cancer, section d'un uretère, abouchement dans l'S iliaque, guérison. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. XIII, n° 1, p. 5. — **Jonnesco**. Hystérectomie abdominale pour lésions septiques. *Bull. et mém. Soc. chir.*, Bucharest, 1902, n° 2, p. 52. — **Janvrin**. Some remarks as to why vaginal hysterectomy should be done in cases of cancer of the uterus in its early stage. *Am. J. Obst.*, mai 1902, p. 647. — **Lapthorn Smith**. The outlook for hysterectomy for cancer. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1902, n° 4, p. 207. — **Leary**. Pathology and pathological Diagnosis of carcinoma of the uterus. *The Boston med. a. surg. J.*, avril 1902, p. 405. — **Lewers**. Two uteri removed by abdominal panhysterectomy for cancer of the body. *Trans. of the obst. Soc. of London*, vol. XLIV, p. 10. — **Loubet**. Enucléation par voie abdominale des fibromes utérins. *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, 1902, n° 2, p. 195. — **Machaughton-Jones**. Coffee-ground vomiting with Hœmatemesis after hysterectomy. *The British gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 57. — **Martin** (**A**.). Sollen Myome vaginal oder abdominal angegriffen werden ? *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 14, p. 353. — **Michin**. Zur Frage der operativen Behandlung der myomatösen schwangeren Gebärmutter. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 25, p. 659. — **Noble** (**Ch**.). The technique of amputation of the Cervix Uteri. *Am. J. Obst.*,

mars 1902, p. 368. — **O' Callaghan**. Submucous and intraligamentary myomata removed by abdominal hysterectomy. *The British Gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 3. — **O' Callaghan**. Panhysterectomy for cervical cancer. *The British Gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 4. — **O' Callaghan**. Fibroid uterus and cystic ovaries removed by hysterectomy. *The British Gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 34. — **Parlavecchio**. Di un voluminoso fibromioma uterino, gia molto ridotto per progressa cura distrofica, scomparso per suppurazione metastatica nel corso di grave angiocolite infettiva. *La Clinica ostetrica*, mai 1902, p. 175. — **Pincus (L.)**. Zur castratio uterina atmokaustica bei Hämophilie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 22, p. 573. — **Pryor**. Vaginal hysterectomy for carcinoma of the uterus. *The Boston med. a. surg. J.*, avril 1902, p. 403. — **Quénu et Cottin**. Fibrome enclavé compliqué de grossesse. Accidents de compression. *Bull. et mém. Soc. de chirurg.*, Paris, avril 1902, p. 421. — **Quénu et Cottin**. Sarcome de l'Uterus ; résection d'une anse intestinale adhérente et hystérectomie totale ; guérison. *Bull. et mém. Soc. chirurg.*, Paris, avril 1902, p. 426. — **Routh (A.)**. Uterus removed at eight and half months of gestation by abdominal hysterectomy for fibroid obstructing Labour. *The British med. J.*, vol. XLIV, p. 41. — **Routier**. Intervention pour fibrome compliquant la grossesse. *Bullet. et mém. Soc. chirurg.*, Paris, avril 1902, p. 453. — **Seeligmann**. Vaginale, durch Morcellement bewirkte Exstirpation eines Kindskopfgrossen, submükosen Uterus myoms bei bestehender Gravididat. *Gent. f. Gyn.*, 1902, n° 21, p. 547. — **Stolz**. Zur Kenntniss des primaren Tubencarcinomes. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVI, Hft. 2, p. 365. — **Tesson**. *Le cancer primitif du corps utérin.* Th. Paris, 1901-02, n° 271. — **Thorn**. Ueber vaginale Myomotomien und das Verhaltnis der Enukleation zur Totalexstirpation. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 11, p. 273. — **Tuttle**. The Treatment of cases of Carcinoma uteri not justiaflably treated by radical operation. *The Boston med. a. surg. J.*, avril 1902, p. 412. — **Wagner**. Therapie bei Gravidität complicirt durch Carcin. des Uterus. *Mon. für Geb. und Gyn.*, mai 1902, p. 741. — **Wertheim**. Zur Frage der Carcinomstatistik. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 24, p. 833. — **Wilson (T.)**. The results of vaginal operations for cancer of the uterus. *The Journal of obstetrics and gynæcology of British Empire*, Londres, mai 1902, p. 526. — **Winter**. Noch einmal die Carcinomstatistik. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 21, p. 545.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NEOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Boursier**. Un cas d'hématocèle rétro-utérine par avortement tubaire incomplet. *Journ. de méd.*, Bordeaux, juin 1902, p. 389. — **Frank (L.)**. Gonococcal Peritonitis. *Am. J. Obst.*, mars 1902, p. 398. — **Guinard**. Annexite droite et appendicite avec corps étrangers vrais de l'appendice. *Bull. et comptes rendus de la Soc. de chir.*, 1902, n° 22, p. 675. — **Hannecart**. Pyo-oophoro-salpinx à droite et hémato-salpinx à gauche. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1902, n° 13, p. 195. — **Philippe**. *Epanchements séreux, pelvi-péritonéaux au cours des infections utéro-annexielles et post-opératoires.* Th. Paris, 1901-02, n° 273. — **Pichevin**. Des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites. *La Semaine gynécologique*, Paris, 28 janvier 1902, p. 25.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE. — **Barette.** Kyste dermoïde de l'ovaire droit sur une fillette de 6 ans et demi. *L'Année méd.*, Caen, 1902, n° 6, p. 87. — **Blum (V.).** Ueber cystische Tumoren des Peritoneums. *Cent. f. die Grenzgebiete der Med. u. Chir.*, 1902, n° 11, p. 417. — **Bothezat.** Appendicite ou kyste dermoïde de l'ovaire droit. *Bull. de la Soc. des méd. et des natur. de Iassy*, 1901 n° 4, p. 128. — **Carrière** et **Legrand.** Sur un cas de fibro-myome de la trompe. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1902, n° 3, p. 437. — **Coen.** Le cisti del paraovarico e lo loro torsione sul peduncolo. *Annali di Ost. e. Ginec.*, mars 1902, p. 353. — **Collins.** A case of solid ovarian Tumour; Laparotomy; Enucleation. Recovery. *The Lancet*, mai 1902, p. 1395. — **Fabozzi.** Di un cancro primario dell'ovidutto. *Archivio italiane di ginec.*, avril 1902, p. 124. — **Franqué (O.).** Carcino-Sarko-Endothelioma tubæ. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 2, p. 211. — **Lœwy** et **Guéniot.** Étude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1902, n° 2, p. 247. — **Neck** et **Nanwerck.** Zur Kenntnis der Dermoidcysten des Ovariums. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, mai 1902, p. 797. — **Routh (A.).** Dermoid cyst removed by posterior colpotomy. *The British med. J.*, vol. XLIV, p. 38. — **Savage.** A case of ovarian Tumour with spontaneous rupture and œdema of the legs. simulating malignancy. *The Lancet*, mai 1902, p. 1243.

ORGANES URINAIRES. — **Aubeau.** Prolapsus de l'urèthre chez une petite fille de 8 ans. Excision de la muqueuse prolabée. Guérison. *La Clinique chirurg.*, 1902, n° 6, p. 221. — **Blumreich,** Ueber den Einfluss totaler Urinverhaltung auf den Organismus gravider u. nichtgravider Thiere. *Archiv. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVI, Hft. 2, p. 221. — **Collier.** Intra-peritoneal rupture of the bladder, laparotomy, suture, recovery. *The med. Chronicle*, avril 1902, p. 26. — **Freyer.** Myoma of the Bladder weighing 9 ounces, successfully removed suprapubically. *The British Gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 42. — **Freyer.** On stone in the female bladder. *The British Gyn. J.*, 1902, n° 69, p. 50. — **Graefe.** Uber einen Fall von grossen Blasenstein nebst Bemerkungen zur Behandlung der chronischen Pyelitis. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 13, p. 330. — **Jacobs.** Blessure d'un uretère au cours d'une ponction vaginale. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, t. XXII, n° 1, p. 7. — **Krönig.** Zur Diagnose der Tuberkulose in der weiblichen Blase. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 19, p. 496. — **Lindenthal.** Ein Beitrag zur Kenntnis des bullösen œdems der Harnblase. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, avril 1902, t. XV, p. 654. — **Lindsay Peters.** Obstruction of the ureter caused by an enlarged spleen lodged in the pelvis. *Am. J. of Obst.*, avril 1902, p. 540. — **Mc. Cann.** Case of vesico-vaginal fistula cured by a method believed to be new, with remarks on the surgical treatment of vesico-vaginal fistulæ. *British med. J.*, mai 1902, p. 1204. — **Nicholson (W.).** Present methods of treating ureters severed during abdominal operations. *The Am. J. of the med. Sciences*, 1902, n° 4, p. 677. — **Palm.** Congenitale Vergrosserung einer normal gebauten Niere bei Defekt der anderen. Ein Beweis fur die Thätigheit der Nieren im embryonalen Leben. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVI, Hft. 2, p. 460. — **Tandler.** Topog. der weibl. Ureters bei normalen und abnormen Verhältnissen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, april 1902, p. 615. — **Vine-**

berg. A new method ot operating for obstinate cases of Rectovaginal fistulæ. *Med. Record*, juin 1902, p. 895.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Boucaud (de)**. — Rupture de grossesse tubaire de deux mois environ. Inondation péritonéale. Laparotomie vingt-quatre heures après le début des accidents. Anomalie de position de la trompe du côté droit. *Rev. mens. de Gyn. et d'Obst.*, Bordeaux, 1902, n° 2, pp. 91, 124. — **Liell**. Report of a case of tubal pregnancy diagnosed one week previous to rupture verified by operation following rupture, recovery, etc. *Med. Record*, mai 1902, p. 856. — **Récamier** et **Ethier**. Rupture de grossesse tubaire de moins de deux mois. Hémorrhagie considérable. Echec de l'injection de sérum sous-cutanée. L'injection directe intraveineuse et la laparotomie. Guérison. *Sem. gynéc.*, 20 mai 1902, pp. 155, 153. — **Strassmann**. Die operative Entfernung der Eileiter Schwangerschaft von der Scheide aus. *Berl. klin. Wochensch.*, juin 1902, p. 588.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Egbert**. A clinical Report relating to : *a*) Hemorrhage persisting notwithstanding curettage and *b*) secondary ; Hemorrhagie following abdominal section, *Méd. Record*, avril 1902, p. 573. — **Godart**. Eventration complète spontanée le 10e jour après une laparotomie. *La Policlinique*, Bruxelles, 1902, n° 8, p. 169. — **Judet**. De la péritonisation dans les laparotomies. *La Gynécologie*, avril 1902, p. 110. — **Lauwers**. Emphysème de la paroi abdominale consécutif à une laparotomie. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, t. XIII, n° 1, p. 3. — **Ricketts**. Conservatism in abdominal surgery. *The New-York med. J.*, mai 1902, p. 936.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Calderini**. Il secondamento naturale. *Lucina*, 1902, n° 6, p. 77. — **Holzapfel**. 1° Was is zu verstehen unter Modus Baudelocque, Schultze, Duncan ? 2° Kritik der Arbeit Lewy's « Beitrag Zum Mechanismus der Placentarlosung ». *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 2, p. 270. — **Moran (J.)**. How to conduct a normal Labor. *The New-York med. J.*, mai 1902, p. 934.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **D'Erchia**. Di alcune ricerche chimicofisiche nello studio del ricambio materiale fra madre e feto. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 2, p. 208. — **Ferrari (T.)**. Nuove ricerche sul tessuto elastico nel magma reticularis. *Archiv. ital. di Ginec.*, 1902, n° 1, p. 21. — **Fioré**. Istologia delle trombe fallopiane durante la gestatione dell' utero. *Archivio italian. di Ginec.*, avril 1902, p. 128. — **Merletti**. Urobilinuria gravidica ed aumento della medesmima in casi di morte endouterina del feto. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 4, pp. 414-417. — **Patellani-Rosa**. Il bacino osseo dei vertebrati, specialmente dei mammiferi. Studio di anatomia. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 4, p. 214. — **Southworth (Th.)**. The modification of breast milk by maternal diet and Hygiene. *Med. Record*, avril 1902, p. 656. — **Tridondani**. Il peso specifico del sangue materno.

Annali di ost. e ginec., 1902, n° 5, p. 485. — **Wychgel.** Untersuchungen ueber das Pigment der Haut und den Urin während der Schwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII, Hft. 2, p. 288.

DYSTOCIE. — **Bar** (**P.**). De la mise à exécution des interventions obstétricales dans les cas de dystocie par viciation pelvienne. *La Presse méd.*, 1902, n° 28, p. 327. — **Brickner.** A new symptom in the diagnosis of dystocia due to a short umbilical cord. *Am. J. of Obst.*, avril 1902, p. 512. — **Chambrelent.** Deux cas de dystocie par volume exagéré des épaules. *Rev. mens. de gyn., obst. et gyn.*, Bordeaux, 1902, n° 2, p. 88. — **Malatesta.** Micromelia in parto distocico. *La Clinica ostetrica*, mai 1902, p. 183. — **Roorda Smit.** Extraction de una cabeza fetal amputada del utero. *Rev. del centro med. de Cordoba*, 1902, nos 6 et 7, p. 157.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Jewett** (**Ch.**). Remarks on the Diagnosis of Pregnancy in the early Months. *Med. News*, mai 1902, p. 874. — **Pichevin.** Diagnostic précoce de la grossesse. *Sem. gynéc.*, 13 mai 1902, p. 145.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Ahlfeld.** Wie stellt sich das Zahlenverhaltniss der eineügen Zwillinge zu der Zweieigen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 2, p. 230. — **Bache.** Benign Tumors complicating Pregnancy. *Med. Record*, mai 1902, p. 105. — **Doughtie.** Twin pregnancy in a uterus bipartitus. *Philadelphia med. J.*, avril 1902, p. 721. — **Jacobs.** Grossesse et fibromes. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Ost.*, t. XIII, n° 1, p. 13.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Baudler** (**W.**). On the etiology, histology, and usual course of ectopic gestation. *Am. J. Obst.*, mai 1902, p. 609. — **Champneys.** A contribution towards the study of the natural history of tubal gestation illustrated by a series of seventy-five original cases. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, juin 1902, p. 585. — **Dobbert.** 60 Fälle in frühen Entwicklungstadien unterbrochener Tubenschwangerschaften. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVI, Hft. 1, p. 70. — **Macnaughton-Jones.** Case of ectopic gestation with escape of gestation sac into the peritoneal cavity. *The British Gyn. J.*, février 1902, p. 272. — **Mendes de Léon et Halleman.** De la grossesse ovarienne. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1902, n° 3, p. 387. — **Mæbius.** Beitr. z. Casuistik der Extrauteringravidität bei lebender und lebensfähiger Frucht. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, april 1902, t. XV, p. 642. — **Perkins.** Case of combined extra and intra-uterine Pregnancy. *The Boston med. a. surg. J.* mars 1902, p. 309. — **Reynolds.** Case of extra-uterine Pregnancy illustrating difficulties in the diagnosis of the condition. *The Boston med. a. surg. J.*, mars 1902, p. 306. — **Roncaglia.** Sull'etiologia della gravidanza tubarica. *Annali di Ost. e Ginec.*, mars 1902, p. 289. — **Ulesko-Stroganona.** Anat. Veranderungen des Eibettes bei der extra-uterine interst. Schwangerschaft. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1902, p. 753. — **Zinke.** A case of extra and intra-uterine pregnancy. *Am. J. obst.*, mai 1902, p. 623.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Amziw. Hon.** A case of anencephalus. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1902, n° 4, p. 205. — **Ballantyne.** The problem of the premature infant. *British med. J.*

mai 1902, p. 1196. — **Biasiotti**. Influenza di vari stati normali e patologici dell'organismo sulla composizione del latte in rapporto con l'alimentatione del bambino. *La Clinica ostet.*, avril 1902, p. 137. — **Erlington**. A case of malformed fœtus. *The Lancet*, mai 1902, p. 1395. — **Ferroni**. Di alcune ricerche sulle urine dei neonati nei primi giorni della nascita. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1902, n° 4, p. 419. — **Guicciardi**. A proposito di un uovo umano dell'eta di circa 15 giorni. *Annal. di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 2, p. 176. — **Hœnigsberg** (**M**.). Angeboren. Missbildung des urogenitaltractes. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, mai 1902, p. 762. — **Jeannin** (**C**.). Alimentation du nouveau-né. *Gaz. des hôpitaux*, avril 1902, p. 469, 497. — **Patellani**. L'influenza del parto sulla vita del bambino. *Lucina*, 1902, n° 4, p. 45. — **Popescul**. Zur Kasuistik der Missbildungen der Frucht. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 18, p. 465. — **Proubasta**. Feto vivo de menos de un kilo. *Revista de Med. y Cirugia*, 1902, n° 5, p. 280. — **Reimann**. Melanotisches carcinom der Nebennieren bei einem drei monaten alten Säugling. *Prager medicin. Wochensch.*, 1902, n° 25, p. 297. — **Scabury W. Allen**. A congenital malformation. *The Boston med. a. surg. J.*, avril 1902, p. 361. — **Shattuck**. Two cases of Acromegaly. *The Boston med. a. Surg. J.*, mai 1902, p. 490. — **Varnier**. Doit-on continuer à recommander l'emploi du lait stérilisé dans l'allaitement mixte et lors du sevrage des nourrissons parisiens? *Rev. prat. d'obst. et de pæd.*, avril 1902, p. 101. — **Wilson** (**R**.). Ophtalmia neonatorum. *Philadelphia med. J.*, avril 1902, p. 664.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Campione**. Due tagli cesarei. *Archivio di ost. e gin.*, 1902, n° 4, p. 201. — **Conroy**. Cæsarean section for placenta prævia. *The Boston med. a. surg. J.*, juin 1902, p. 634. — **Daniel** (**B**.). Ueber den suprasymphysären Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 15, p. 390. — **Deshayes**. Du choix de la main dans la double manœuvre. *L'Année méd.*, Caen, 1902, n° 6, p. 91. — **Fellenberg**. Ueber den suprasymphysären Bogenschnitt nach Küstner. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 15, p. 385. — **Frankl** (**O**.). Zur Technik der Perforation. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 19, p. 499. — **Keim**. L'expression du fœtus par la paroi abdominale. *Gazette des hôpitaux*, 1902, n° 37, p. 365. — **Nathan Raw**. Cæsarean section twice and embryotomy once in the same patient. *Journal of obstetrics and gynæcology of British Empire*. London, mai 1902, p. 523. — **Papanical**. Un caz de sectione cesareana. *Revista de chir.*, 1902, n° 4, p. 145. — **Planchard**. Note sur un cas d'opération césarienne conservatrice (mère et enfant vivants). *Le Centre méd.*, mai 1902, p. 233. — **Skutsch**. Zur Technik der Perforation. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 15, p. 396. — **Zander** (**G**.). Ein Fall von Embryotomie bei lebendem Kinde. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 14, p. 364. — **Zweifel**. Die Symphysiotomie mit besonderer drainage des Spatium prævesicale sive cavum Retzii per vaginam. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 13, p. 321.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Albert**. Die Ætiologie der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. LXVI, Hft. 2, p. 483. — **Ahlfeld**. Verblutung im Anschluss an die Geburt. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd. XLVII, Hft. 2, p. 224. — **Berry Hart**. The nature of the tuberose subchorial hematoma of the decidua. *Journ. of obstetrics and*

gynæcology of British Empire, London, mai 1902, p. 479. — **Boquel.** Du traitement prophylactique de l'infection puerpérale. *Arch. méd. d'Angers*, 1902, n° 2, p. 155. — **Boxall (R.).** Fatal cases of partial suppression of urine folloving labour and miscarriage. *The Journal of obstetrics and gynæcology of British Empire.* London, mai 1902, p. 512. — **Cater.** Case of spontaneous craniotomy. *British med. J.*, mai 1902, p. 1207. — **Debove.** Phlegmatia alba dolens et névrite périphérique. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1902, n° 44, p. 502. — **Denslow Lewis.** The traumatisms of Pregnancy. *Med. Record*, avril 1902, p. 561. — **Doléris.** Hémorrhagies latentes de la grossesse. *La Gynécologie*, avril 1902, p. 95. — **Galabin.** Annual variation of puerperal fever compared with that of some allied diseases. *The Lancet*, juin 1902, p. 1671. — **Galtver.** Sur un cas de tétanos consécutif à un avortement. *Journ. de méd. de Bordeaux*, mars 1902, p. 198. — **Gregory (H.).** Case of puerperal eclampsia. *British med. J.*, mai 1902, p. 1208. — **Hammond.** Shoulder presentation occurring twice in the same patient. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1902, n° 4, p. 210. — **Henkel.** Blutungen nach der Geburt und ihre Behandlung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII, Hft. 2, p. 197. — **Herman (E.).** On some points in the treatment of puerperal eclampsia. *The Lancet*, avril 1902, p. 1168. — **Jordan.** Dermoid cyst of the left ovary wich caused obstruction to delivery. *The British gyn. J.*, n° 69, p. 30. — **Kien.** Entstehungweise der rectovaginal Rupturen bei spontaner Geb. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, april 1902, p. 635. — **Korczynski.** Zur Kenntniss des Stoffwechsels bei Osteomalacie. *Wiener med. Presse*, 1902, n° 23, p. 1075, 1131. — **Lauro.** Contribuzione alla patogenesi e cura degli accessi eclampsici puerperali. *Archivio di ost. e ginec.*, 1902, n° 3, p. 137. — **Lauro (V.).** Contributione alla patogenesi e cura degli accessi eclampsici puerperali. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 4, p. 251. — **Lemarchand.** A case of placenta prævia. *The Lancet*, avril 1902, p. 1176. — **Machenhauer.** Fall von missed labour und Tubensondirung. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 20, p. 527. — **Marse.** Malignancy complicating the pregnant state. *Med. Record*, mai 1902, p. 808. — **Mason.** A case of eclampsia occurring in twin pregnancy. *The Lancet*, mai 1902, p. 1318. — **Matteo Simone.** Acropatologia in gravidanza. *Archiv. ital. di ginec.*, 1902, n° 1, p. 40. **Mc Cone.** Clinical notes on four cases of severe puerperal toxemia treated by accouchement forcé. *Am. J. Obst.*, mai 1902, p. 660. — **Müller.** Ueber die Entstehung der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, 1902. Bd LXVI, Hft. 2, p. 234. — **Philipps (J.).** A case of rupture of vagina during labour. *Journal of obstetrics and gynæcology of British Empire.* London, mai 1902, p. 518. — **Pinard.** Pathogénie et traitement des vomissements de la grossesse. *Le Concours méd.*, 1902, n° 24, p. 374. — **Piretti.** Il processo di Arendt nelle metrorragie post-partum da inerzia. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 3, p. 193. — **Pizzini.** Contributo allo studio dello sviluppo sacciforme della parete posteriore dell'utero in gravidanza accompagnato da grave disuria. *Annali di Ost. e Ginec.*, mars 1902, p. 391. — **Sofia (G.).** Il raschiamento uterino nelle infezioni puerperali. *La Clinica ostetrica*, mars 1902, p. 96. — **Stolper.** Zur decidualen Umwandlung von Polypen während der Gravidität. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, avril 1902, p. 663. — **Tommaso Isidori.** Contributo alla cura dell'infezione puerperale per mezzo del raschiamento. *La Clinica ostetrica*, mars

1902, p. 92. — **Vassmer**. Zur Ætiologie des Placentarcysten. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVI, Hft. 1, p. 49. — **Veit**. Ueber Albuminurie in der Schwangerschaft. *Berl. klin. Wochensch.*, 1902, n° 22, p. 513. — **Vineberg**. Treatment of acute puerperal sepsis from a surgical-standpoint. *Med. News*, avril 1902, p. 625. — **Weiss**. Manœuvres abortives. Laparotomie. Guérison. *Bull. et mém. Soc. de chirurg.*, Paris, juin 1902, p. 692. — **Wernitz**. Zur Behandlung der Sepsis. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 23, p. 607. — **Wilson** (**D**.). Antistreptococcus serum in puerperal fever. *British med. J.*, mai 1902, p. 1207. — **Winchendon**. Seven cases of placenta prævia. *The Boston med. a. surg. J.*, juin 1902, p. 632. — **Zangemeister**. Ueber Albuminurie bei der Geburt. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVI, Hft. 2, p. 413.

THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Bisso** (**A**.). L'azione della chinia sulle done gravide. *La Clinica ostetr.*, avril 1902, p. 129. — **Browne** (**V**.). Unnecessary antiseptic Treatment in Midwifery. *Med. Record*, avril 1902, p. 529. — **Federici** (**O**.). Sul potere abortivo del chinino. *La Clinica ost.*, avril 1902, p. 125. — **Hammer** (**F**.). Einiges über die Verwendbarkeit des Lysoforms in der Geburtshülfe. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 17, p. 441. — **Lepage** et **Le Lorier**. De l'anesthésie générale en obstétrique par le chlorure d'étyle pur. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1902, n° 36, p. 409. — **Maggi**. Il chinino nelle gestante malariche. *La Clinica ostetr.*, avril 1902, p. 121. — **René de Cotret**. Étude critique sur l'emploi du sérum antistreptococcique dans l'infection puerpérale. *L'Union méd. du Canada*, mai 1902, p. 272. — **Taruffi**. Del raschiamento dell'utero nelle infezioni puerperali. *La Clinica ostetrica*, mai 1902, p. 161. — **Voigt**. Die vaginale Anwendung der Braun'schen Blase in der Geburtshülfe. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVL, Hft. 1, p. 124.

VARIA. — **Ahlfeld**. Zur Prophylaxe der puerperalen Mastitis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 2, p. 236. — **Ahlfeld**. Partielle Contractionen des schwangeren uterus, Myome vortäuschend. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 2, p. 239. — **Cohn** (**R**.). Eine Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 16, p. 421. — **Cragin**. The relation of surgery to obstetrics. *Med. Record*, mars 1902, p. 481. — **Milner**. Note on a case of precocious conception with subsequent delivery at full term. *The Lancet*, juin 1902, p. 1601. — **Neugebauer** (**F**.). Vererbung von Hypospadie und Scheinzwitterttrum. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, Marz 1902, p. 281. — **Porter** (**F**.). Is infection of the uterus a cause of mammary abcess? *British med. J.*, avril, p. 894. — **Rouslacroix**. Du passage de l'agglutinine de la mère au fœtus pendant la fièvre typhoïde. *La Presse méd.*, 1902, n° 27, p. 315. — **Vogel**. Die neuesten Vorschlage zur Reform des Hebammenwesens. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 24, p. 634. — **Weinberg**. Problem der Mehrlingsgeburtenstatistik. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII, Hft. 1, p. 12. — **Wilson** (**T**.). A case of primary pneumococcus meningitis simulating puerperal eclampsia. *Trans. of the obst. Soc. of London*, vol. XLIV, p. 5.

THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Holmes**. A New Method of Tamponing

the Uterus post-partum. *Am. J. Obst.*, février 1902, p. 245. — **Kronig**. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Sticher : Handesterilisation und Wochenbettmorbidität. Ein Beitrag zur Aetiologie der Puerperal Infection. *Zeitsch. f. Geburts. u. Gyn.*, 1901, Bd. XLVI, Hft. 3, p. 438. — **Lapthorn Smith**. The obstetrical Forceps. *Philadelphia med. J.*, janvier 1902, p. 127. — **Voigt**. Die vaginale Anwendung der Braunschen Blase in der Geburtshülfe. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. LXII, Hft. 1, p. 124.

VARIA. — **Ballantyne**. A lecture on Maternities and Pre-Maternities. *British gyn. J.*, janvier 1902, p. 65. — **Brennecke**. Vereinigung deutscher Hebammenlehrer und Wöchnerinnenasyl-Direktoren ? *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 9, p. 227. — **Erskine**. Accidental Removal of auricle by midwifery Forceps, and successful application of artificial auricle. *British med. J.*, janvier 1902, p. 14. — **Lachs**. Die 10 Schwangerschaftsmonate in geschichtlicher Beleuchtung. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 12, p. 303. — **Murray (R.-M.)**. On the Teaching of Midwifery. *Edinb. med. J.*, janvier 1902, p. 1. —**Palacios**. Impregnacion artificial. *Revista med. farmaceut.* Salvador. Serië IV, n°ˢ 8 et 9, p. 199. — **Reidhaar**. Ein Fall von Vagitus uterinus. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 144, p. 144. — **Rietti**. La tutela de las madres y de los que deben nocer por el. *La Seman. med.*, 1902, n° 2, p. 26. — **De Seigneux**. A propos d'un cas spécial de déontologie médicale. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1902, n° 1, p. 33.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris-Tours, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

OBSERVATION ET AUTOPSIE

D'UNE FEMME QUI PRÉTENDAIT S'ÊTRE FAIT AVORTER EN S'INTRODUISANT UNE SONDE DANS L'UTÉRUS.

Par **M. H. Varnier.**

I. — Partie clinique.

Il y a quelques années, faisant un remplacement dans une Maternité de Paris, je trouvai un matin à la consultation une ouvrière de vingt ans qu'un médecin du quartier venait d'y faire amener d'urgence et qui semblait à l'agonie.

D'une faiblesse extrême, anhélante, ictérique, cette femme paraissait en proie à une profonde terreur. Le facies était grippé, franchement péritonéal. Les nausées étaient incessantes, et depuis son entrée elle avait eu deux vomissements bilieux dont le dernier tirait sur le vert. Langue blanche, saburrale. Pouls filant, à 120. Température 38°,8 ; 36 respirations par minute.

L'abdomen, non ballonné, plat, est, *surtout à l'hypogastre*, sur la ligne médiane, juste au-dessus de la symphyse, et au niveau des fosses iliaques, le siège de vives douleurs qu'exacerbe la moindre pression ; si bien que, malgré la minceur de la paroi abdominale, il est impossible de se rendre compte par le palper du volume et de la situation de l'utérus sur lequel la patiente appelle l'attention en se disant grosse de deux mois et en cours de fausse couche depuis trois jours. La vessie ne fait pas de saillie sus-pubienne.

Voici ce que raconte la malade :

Accouchée une première fois à terme, l'année précédente,

d'un garçon actuellement vivant, elle aurait vu ses règles se suspendre en mai dernier (dernières règles du 7 au 10 avril). Tourmentée depuis un mois par des vomissements fréquents qui l'affaiblissaient progressivement, elle aurait été prise le 4 juillet (quatre-vingt-quatre jours après la fin de ses règles) il y a trois jours, à la suite d'une chute, de douleurs utérines peu intenses suivies d'un léger écoulement sanguin par la vulve.

Le lendemain 5 juillet, les vomissements persistant, les douleurs utérines auraient cessé ; mais la perte se serait reproduite : liquide rosé, teinté de sang.

Le 6 juillet, dans l'après-midi, seraient survenues des douleurs expulsives rappelant celles de l'accouchement, avec irradiations lombaires ; et deux caillots, chacun du volume d'une noix, non examinés, non conservés, auraient été perdus ; après quoi un peu de sang liquide aurait continué à s'écouler.

Ce matin 7 juillet, à 1 heure, il y aurait eu un violent frisson accompagné d'une céphalalgie intense, de vomissements alimentaires et d'une débâcle diarrhéique succédant à une constipation de trois jours. Puis seraient apparues des douleurs abdominales continues, à maximum hypogastrique.

C'est alors qu'elle se serait décidée à faire appeler le médecin qui, à 8 heures du matin, vient de nous l'envoyer d'urgence.

Le toucher, combiné au palper, me permet de constater que les culs-de-sac sont libres, et que l'utérus, augmenté de volume, est en antéflexion normale. C'est au niveau de son fond, sur la ligne médiane, au-dessus de la symphyse, que la pression de la main qui palpe détermine le maximum de douleur.

Des parties génitales s'écoule en petite quantité du sang liquide, brunâtre, sans odeur.

Le col, d'apparence normale, n'est pas perméable à l'index.

Après ces constatations un seul diagnostic était possible, celui de péritonite chez une femme ayant un utérus augmenté de volume et disant n'avoir pas eu ses règles depuis deux mois.

Quant à la cause de cette péritonite, elle était plus difficile à dépister.

La rupture d'un kyste fœtal semble devoir être éliminée : c'est l'utérus qui seul forme tumeur ; il n'y a rien à côté de lui, et son volume n'est pas en désaccord avec les renseignements fournis par la patiente.

La douleur médiane, sus-pubienne, répondant manifestement au fond de l'utérus, ne permet pas de songer à une appendicite.

Il semble bien que l'utérus soit le point de départ des accidents. Cependant, d'après les dires de la patiente, l'avortement ne serait pas fait ; le sang qui s'écoule n'est pas putride. Dans ces conditions, une péritonite d'origine utérine ne s'expliquerait guère que par une perforation, suite d'un traumatisme criminel, et c'est à quoi je pense fermement. Cependant la femme, interrogée par moi en secret et prévenue de l'importance que peut avoir un aveu au point de vue du traitement, nie avec la plus grande énergie.

Dans ces conditions, je pensai qu'il fallait *aller voir*, une laparotomie pouvant seule procurer à cette femme une dernière chance de guérison.

Je priai M. Pinard de venir l'examiner et il me confirma dans ma résolution.

Entre temps, la malheureuse s'était décidée à avouer. Voici dans quelles circonstances.

A 11 heures, pendant que j'allais chercher M. Pinard à la Clinique, mon interne, voulant pour compléter l'observation examiner les urines, avait pratiqué le cathétérisme et n'avait retiré de la vessie que du sang *très noir*. Ce que voyant, la patiente, effrayée par ce nouveau symptôme, avait spontanément raconté ce qui suit :

« Les douleurs utérines et l'écoulement sanguin du 4 juillet seraient venus à la suite de manœuvres abortives faites par elle-même dans l'après-midi.

« Elle se serait introduit *dans l'utérus*, à trois reprises, une sonde en caoutchouc rouge, percée d'un œil à son extrémité et munie d'un mandrin métallique du volume d'un fil de fer ordinaire, vue par elle le matin et achetée à la devanture d'une herboriste.

« Ce n'est qu'après la troisième tentative que du sang se serait écoulé.

« La nuit suivante, elle aurait eu une miction de coloration noire, mais n'y aurait pas attaché d'importance, l'attribuant au mélange du sang des pertes avec l'urine. »

Le reste comme dans la première version.

Rendez-vous est pris pour 3 heures de l'après-midi avec mes collègues Hartmann et Gosset, et la laparotomie est commencée à 3 h. 20, la température étant à 39°,6, le pouls à 140, dicrote et très faible, et l'ictère plus prononcé que le matin.

Voici la note qui m'a été remise à ce sujet par mon collègue et ami Gosset.

« Laparotomie pratiquée le 7 juillet à 3 heures de l'après-midi en présence de MM. Varnier et Hartmann.

Opérateur : Gosset ; aide : Guillemin.

Incision médiane sous-ombilicale, étendue de l'ombilic au pubis. Après ouverture du péritoine, les anses intestinales se présentent entre les lèvres de la plaie ; elles sont vascularisées, distendues et agglutinées par de la sérosité légèrement louche (septicémie).

On place la malade dans la position inclinée ; des compresses refoulent vers le diaphragme les anses intestinales et l'on aperçoit facilement la cavité pelvienne. Le cul-de-sac de Douglas est rempli de sérosité louche sans aucune odeur. Sur la paroi antérieure de l'utérus (fig. 1), près du fond, s'étale une plaque vineuse, large comme une pièce de 5 francs, et au

niveau de laquelle le tissu utérin est ramolli. Il n'y a pas de perforation évidente dans l'aire de cette zone ecchymotique ni dans son voisinage ; seulement un point suspect non loin duquel on plante malheureusement une pince de Museux.

On décide d'enlever l'utérus par hystérectomie subtotale.

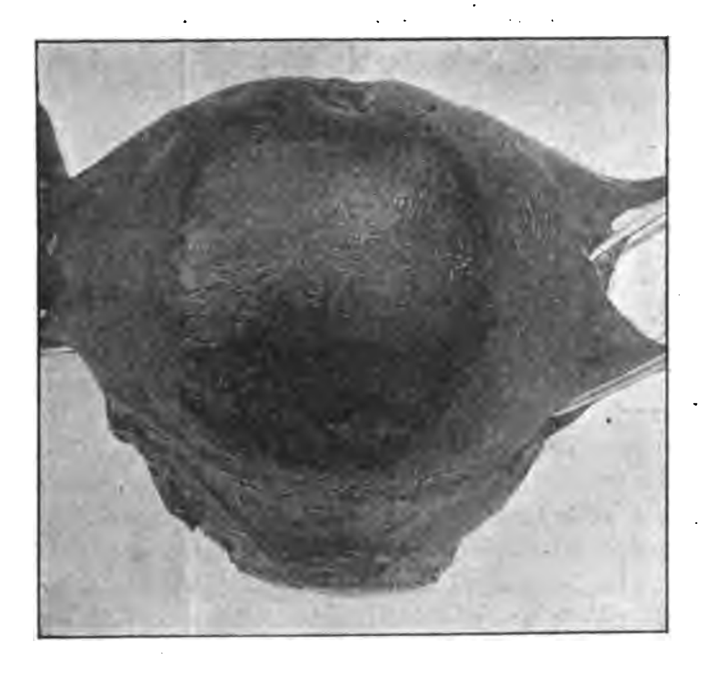


FIG. 1. — Le corps de l'utérus immédiatement après l'hystérectomie. Face antérieure. 1 = 1.
On voit au milieu du fond la morsure antérieure de la pince de Museux.

L'hémostase du ligament large du côté droit est assurée par la ligature successive du pédicule ovarien, du ligament rond et de l'artère utérine ; puis le ligament lui-même est sectionné. De même à gauche.

Section de l'utérus au ras de l'insertion vaginale.

La cavité du moignon est touchée au thermo-cautère, puis suturée au catgut ; surjet péritonéal à la soie.

L'exploration de la vessie par l'abdomen ne révèle aucune lésion.

Drainage du cul-de-sac de Douglas. Fermeture de la paroi.

Durée totale de l'opération : trente minutes. »

Sitôt l'opération terminée, on fait une injection intraveineuse de sérum artificiel à la suite de laquelle le pouls se relève un peu.

Sept heures du soir : pouls filiforme. Refroidissement des extrémités. Température axillaire, 40°,3.

Neuf heures : pouls imperceptible, 48 respirations.

Le collapsus s'accentue et la mort survient à minuit.

II. — Partie anatomique.

L'autopsie n'a pu être faite que trente-deux heures après la mort.

Comme nous avions des raisons (hématurie) de croire à une lésion traumatique de la vessie, je voulus l'examiner en place. Après avoir pratiqué la symphyséotomie j'introduisis avec précaution dans l'urètre une grosse sonde, que je poussai jusqu'au fond vésical, et à l'aide de laquelle je pus m'assurer de l'intégrité de la vessie vide et injectée ; je fis ensuite sur l'extrémité de la sonde une boutonnière suivie de la section totale de la paroi antérieure et de l'urètre. La vessie contenait du sang noir. Après lavage on put l'étaler aisément et l'explorer avec grand soin sans y pouvoir déceler le moindre traumatisme. Il semble bien que le sang vienne d'ailleurs que des parois vésicales. De fait les reins présentent une *congestion énorme* ; l'hématurie est probablement d'origine rénale et liée à la septicémie.

Il est à noter, en effet, que la sérosité que renfermait le péricarde était hémorragique.

Rate diffluente, mais de volume normal.

Foie putréfié ; périhépatite. Poumons putréfiés.

L'examen bactériologique n'ayant pu être fait que sur le cadavre, je ne m'y attarderai pas.

Pas plus que la vessie, le vagin et ce qui reste de l'utérus ne présentent de traces de violence, ni même d'éraillure ; s'il y a eu cathétérisme de l'utérus, il s'est fait sans tâtonnement et sans à-coup.

Après avoir décousu le surjet du péritoine qui revêt le moignon utérin, j'entre le doigt dans la cavité cervicale et, sur le doigt comme guide, j'incise en place le col et le vagin le long de leur bord gauche. Les organes étalés *in situ* ne présentent ni ecchymose, ni piqûre, ni déchirure.

Les organes pelviens sont alors énucléés en bloc pour être conservés.

En résumé, l'autopsie prouve ce qu'avait laissé soupçonner la biopsie, que c'est le corps de l'utérus qui a été le point de départ des accidents.

Par quel mécanisme ? c'est ce que nous allons rechercher.

Y a-t-il eu perforation de l'utérus? Ou bien la péritonite s'est-elle développée autour d'un utérus non perforé, mais septique par rétention de débris infectés de l'œuf?

La perforation, je l'ai dit déjà, ne saute pas aux yeux :

1° A l'ouverture du péritoine, ce n'est pas un épanchement sanguinolent qu'on a trouvé dans le péritoine, mais « de la sérosité louche » ;

2° Lorsqu'on a examiné le corps utérin *in situ*, on a bien vu sur la paroi antérieure, près du fond, une plaque de coloration vineuse, une sorte d'ecchymose large comme une pièce de 5 francs (fig. 1) mais en aucun point on n'a constaté à l'œil nu de solution de continuité ;

3° A la coupe on s'aperçoit que la plaque vineuse sous-péritonéale correspond à une loge de rétention où pourrissent les restes de l'œuf expulsé.

C'est sur la coupe médiane et sagittale du corps (fig. 2) que cette correspondance se voit le mieux.

Vous y apercevez la cavité utérine formée, de bas en haut, d'un canal cylindrique de 25 centimètres de long dont les parois sont tapissées d'une muqueuse hypertrophiée. Ce boyau cylindrique aboutit à un rétrécissement annulaire et quasi fili-



FIG. 2. — Coupe sagittale (moitié gauche) du corps de l'utérus représenté fig. 1. 1 = 1.

forme au-dessus duquel le fond de la cavité s'évase en une loge piriforme ayant 2 centimètres de profondeur sur 2 centimètres de largeur maxima.

C'est dans cette loge fondale, dans cette « arrière-boutique » (pour employer le langage de nos anciens décrivant l'enchatonnement du placenta à terme), que se trouvent retenus et en voie de putréfaction des fragments de l'œuf expulsé, de la grosseur d'une petite noix. Nous avons là un exemple figuré unique d'enchatonnement au cours de la délivrance post-abortive.

—

La coupe permet de constater que l'enchatonnement s'est produit uniquement aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus sur laquelle l'œuf était greffé. Du bas au haut de la cavité utérine la paroi postérieure est plane et mesure partout la même épaisseur, 15 à 20 millimètres. Il en est encore ainsi au fond. Mais par une transition rapide l'épaisseur du muscle tombe, de 10 millimètres au fond, à 3 millimètres au niveau du diamètre maximum de la loge de rétention, pour reprendre non moins brusquement une épaisseur de 20 millimètres au chaton cause du rétrécissement ; au-dessous la paroi antérieure revient à une épaisseur uniforme de 8 à 9 millimètres.

Sur les différentes coupes macroscopiques que j'ai pratiquées, il m'a été impossible de reconnaître le moindre vestige d'une perforation mettant ou ayant mis cette loge en communication directe avec le péritoine.

Pour élucider ce point, aussi bien que pour étudier complètement cet utérus en voie de délivrance post-abortive, j'en ai fait faire par mon élève et ami Couvelaire des coupes totales que nous allons figurer et décrire.

III. — Partie histologique.

1° *Particularités que présentent, à distance de l'arrière-boutique, la muqueuse utérine, la paroi musculaire, les vaisseaux, le péritoine.*

a) *Muqueuse.* — Elle a, sur toute l'étendue de la paroi non diverticulaire, les caractères d'une caduque pariétale complète, épaisse de 6 millimètres, dont 3 pour la couche compacte et 3 pour la glandulaire.

Les culs-de-sac ectasiés de cette couche profonde, à revêtement cylindro-cubique régulier, sont les uns libres, les autres remplis de sang, d'autres enfin de leucocytes conglomérés.

Entre les culs-de-sac glandulaires, le tissu conjonctif de la muqueuse est fait de petites cellules fusiformes banales ne

présentant pas les caractères de la cellule déciduale accomplie.

Les artérioles sont normales, les veines thrombosées comme celles de la paroi musculaire que nous étudierons plus loin.

Des suffusions sanguines, des amas de leucocytes infiltrent et disloquent cette couche spongieuse, surtout dans sa partie superficielle, sous-compacte.

La couche compacte a les caractères de celle d'une pariétale jeune. Elle ne présente pas d'infiltration leucocytaire notable.

En *rb* (fig. 3), c'est-à-dire au niveau même du chaton, la couche compacte manque ; mais en face flotte dans la cavité un long lambeau de compacte portant quelques lames de syncitium sur celle de ses faces qui regarde l'arrière-boutique.

b) *Paroi musculaire.* — Ses faisceaux ne présentent rien de particulier. Le tissu conjonctif interfasciculaire, un peu œdémateux, est infiltré de leucocytes nombreux disséminés ou réunis en amas figurant de petits abcès miliaires.

Les artères sont normales ; seule la gaine conjonctive externe est encore infiltrée de leucocytes.

Les veines, au contraire, ont presque toutes leur cavité béante occupée par un thrombus. Ce thrombus apparaît quelquefois libre, presque toujours adhérent à une partie de la paroi, plus rarement à la totalité. Ces thrombus sont formés d'un peu de fibrine, de quelques globules rouges et de leucocytes conglomérés. Le tout donne l'image d'une phlébite suppurée généralisée.

e) *Le péritoine utérin* ne peut être étudié ; il a été racorni et brûlé par l'alcool.

2° *Particularités que présentent, au niveau de l'arrière-boutique, la musculeuse, les vaisseaux et la muqueuse.*

a) *Paroi musculaire.* — Elle est ici beaucoup plus mince que partout ailleurs. Son minimum, qui correspond au fond de

l'arrière-boutique, au centre de la zone de coloration vineuse décrite sur l'utérus en place, est de 3 millimètres. De là elle augmente progressivement vers le fond de l'utérus, sans ressaut, tandis que vers le bas elle forme une brusque vague dont la crête, éloignée du péritoine de 20 millimètres, limite nettement l'entrée étranglée de l'arrière-boutique.

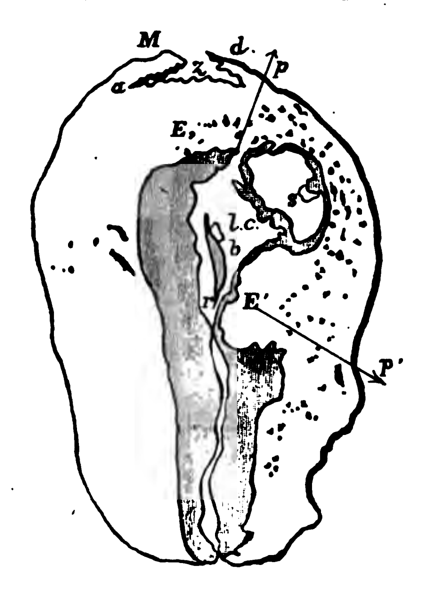


FIG. 3. — Calque de la coupe sagittale (moitié gauche) représentée fig. 2. 1 = 1.

A la loupe cette paroi apparaît très différente du reste de la musculature; elle est comme spongieuse, ce qu'elle doit à un grand nombre de vacuoles allongées parallèlement à la surface et dont la lumière varie de 2 à 3 millimètres ; ce sont de grosses veines béantes, les unes vides, les autres pleines de globules rouges, un grand nombre (surtout au voisinage des points E*p*, E'*p'*) occupées par des thrombus adhérents bourrés de leucocytes.

Les travées musculaires intercavitaires sont infiltrées en certains points de traînées ou d'amas de leucocytes.

b) *Muqueuse.* — « L'arrière-boutique » est tapissée par une muqueuse qui offre les caractères suivants :

En S, au fond du diverticule, est une saillie conique de 2 millimètres, dont la base est large de 4 millimètres; elle est constituée par des cellules déciduales au milieu desquelles on voit des blocs fibrineux irréguliers et quelques villosités en voie de régression. Cette saillie déciduo-villeuse se continue vers E' avec une couche déciduale d'abord mince, o mm. 5, augmentant bientôt d'épaisseur, et dans laquelle on reconnaît bien vite une partie profonde spongieuse et une superficielle compacte que limite une raie de fibrine.

Non loin du point E, sur une étendue de 2 millimètres, au niveau de la flèche P, la muqueuse disparaît pour reparaître ensuite avec les caractères ci-dessus mentionnés.

En *l* flotte, lâchement adhérent par son extrémité à la muqueuse pariétale, un grand lambeau de compacte irrégulièrement infiltré de sang.

3° *Particularités que présente le fond externe de l'utérus.*

Dans la région M*d*, on constate :

a) Un lambeau flottant M de muscle utérin; *uz* représente une déchirure traumatique sans infiltration sanguine; c'est la prise de la pince de Museux plantée sur le fond de l'organe pour en faciliter l'extirpation.

b) En avant est une autre solution de continuité Z*d*, qui se continue avec un épanchement sanguin ancien déjà infiltré de leucocytes, siégeant dans la partie la plus externe du muscle utérin. Elle correspond bien au point du fond où l'on avait, à l'examen de l'utérus *in situ*, soupçonné que pourrait siéger une perforation. Mais, sur aucune des coupes on ne retrouve le trait d'union entre cette lésion de l'écorce et un point quelconque de la cavité utérine.

De telle sorte qu'après l'examen histologique, comme après l'examen macroscopique, l'existence d'une perforation à l'origine de la péritonite reste non démontrée, contestable, et que la réaction péritonéale septique paraît devoir être rangée dans

la catégorie des vulgaires péritonites pouvant survenir aussi bien après l'avortement spontané incomplet qu'après le criminel.

Sans l'aveu de la patiente, l'examen anatomique, pratiqué cependant dans des conditions particulièrement favorables, n'apportait aucune preuve à l'hypothèse d'un avortement provoqué.

Cette observation, *si l'on accepte le dire de la patiente*, devrait être rangée parmi celles, très rares semble-t-il, où l'avortement a été, dit-on, provoqué par la victime elle-même.

Il y a, en médecine légale, une question ainsi posée :

« Une femme peut-elle se faire avorter elle-même ? »

A cette question, on répond habituellement par l'affirmative en s'appuyant sur des observations, en petit nombre, semblables à la nôtre, c'est-à-dire *sur l'affirmation pure et simple de la patiente*.

Telles sont les observations, citées par le professeur Brouardel : de Graves, de Couillaud (d'Epernay), de Le Blond, de Charpentier, de Brouardel, de Vibert.

Ce genre de preuve me paraît insuffisant à légitimer la conclusion : « L'avortement provoqué par la femme sur elle-même est donc possible. » La seule conclusion permise est celle-ci : « Certaines femmes affirment avoir pratiqué sur elles-mêmes avec succès des manœuvres abortives et s'être introduit dans le col utérin, préalablement repéré avec un ou deux doigts, une aiguille à tricoter, une baleine de parapluie (Graves) ; la pointe de ciseaux longs de 15 centimètres (Couillaud) ; un manche de porte-plume en bois (Le Blond) ; une sonde (Charpentier) ; une baguette pointue (Brouardel) ; une règle appointée (Vibert) ; une sonde en gomme munie d'un mandrin (Varnier). »

Il est un autre ordre de preuves plus solides que j'ai été étonné de ne pas trouver dans les plus récentes publications médico-légales sur la matière.

Je veux parler des *preuves expérimentales*.

En somme, la question posée ci-dessus revient à celle-ci : « La femme peut-elle, par l'auto-toucher, repérer son col utérin assez bien pour pratiquer, à l'aide d'une sonde, le cathétérisme de l'utérus ? » Si oui, étant donné ce que nous savons de l'action abortive habituelle de pareil cathétérisme lorsqu'il s'applique à un utérus gravide, nous pourrons conclure (mais alors seulement) « que l'avortement provoqué par la femme sur elle-même est possible ».

Cette étude expérimentale a été faite par M. Laguerre, de Toulouse (1), sur 20 femmes non gravides du dispensaire dirigé par M. Dupau, chirurgien des hôpitaux.

Les 20 femmes ont déclaré pouvoir repérer facilement leur col utérin en faisant leur toilette ; 14 ont pu, sans spéculum, introduire dans leur utérus (le fait a été vérifié), soit un hystéromètre (13 femmes), soit une canule anale d'irrigateur (1 femme). Cette introduction a été effectuée à la première tentative, par 7 femmes (dans la position accroupie) ; à la deuxième tentative, par 4 femmes (3 accroupies, 1 debout) ; à la troisième, par 1 femme (accroupie) ; à la quatrième, par 2 femmes (accroupies). Les insuccès peuvent s'expliquer, soit par le mauvais vouloir de la femme, soit par la situation de l'utérus. La situation la plus favorable à l'auto-introduction d'un cathéter dans l'utérus a semblé être la rétroversion (6 cas, 6 succès).

---

(1) P. Laguerre, *Contribution à l'étude de l'avortement criminel.* Thèse de doctorat, Toulouse, 1892-1893, n° 24.

RÉCIDIVE D'OPÉRATION CÉSARIENNE CHEZ UNE ACHONDROPLASIQUE

Par **A. Herrgott** (1).

Les observations d'opération césarienne pratiquée plusieurs fois chez la même femme sont relativement rares.

M. Bar, dans le premier fascicule de ses *Leçons de pathologie obstétricale*, le seul paru, mais bien fait pour augmenter notre désir de voir paraître les suivants, a, dans un chapitre consacré à *la section césarienne et les grossesses ultérieures*, rappelé un certain nombre d'opérations répétées chez la même personne, qu'il a recueillies dans les statistiques de Zweifel, de Léopold, de Olshausen et dans la sienne propre.

Aux faits rapportés par M. Bar, j'ajouterai le cas plus récent de G. Wiener (2), où l'opération césarienne avait été pratiquée pour la troisième fois sur la même femme, ceux de Mc. Coy, de Patterson (3), de Selhorst (4), de Staude (5) dans lesquels la section avait été répétée deux fois. En ajoutant ces dernières observations à celles précédemment citées, on trouve 1 femme opérée 4 fois, 7 opérées 3 fois et 20 2 fois.

C'est un cas de ce genre que je me propose de rapporter.

La nommée Marie U..., âgée de 27 ans, entre dans mon service à Nancy, le 25 novembre 1901, à 10 heures et demie du matin.

---

(1) Communication faite le 5 avril à la *Société obstétricale de France*, inédite.

(2) G. Wiener (München), Drittmaliger Kaiserschnitt an einer Zwergin mit Uterus-Bauchdeckenfistel in der Narbe und Placentarsitz an der vorderen Wand. *Monatschrift für Geburt. und Gyn.*, 1901, Bd XIII, cahier 4; et *Centralblatt f. Gyn.*, p. 655, 1901.

(3) *Med. Record*, juli 1899, et *C. f. G.*, n° 13, p. 356, 1900.

(4) *Centralblatt für Gynæk.*, n° 27, p. 713, 1900.

(5) *Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg*, séance du 15 janvier, 1901, et *C. f. G.*, n° 20, p. 518.

Enceinte pour la quatrième fois, c'est la quatrième fois qu'elle vient à la Maternité.

Elle est en travail ; les douleurs ont débuté dans le courant de la nuit, vers 2 heures. La dilatation est comme une paume de main ; les membranes intactes font une forte saillie dans le vagin.

. . . .

L'histoire de cette femme me paraît assez intéressante par les particularités anatomiques qu'elle présente.

. . . .

Née à terme, son père, nullement alcoolique, est encore bien portant, quoique âgé de 72 ans ; sa mère a succombé à 44 ans, en donnant le jour à son *vingtième* enfant.

De ces enfants il n'en reste plus que sept, mais tous étaient grands et bien constitués; seule notre malade était de petite taille, très au-dessous de la moyenne, car, actuellement, *elle ne mesure qu'un mètre vingt-deux centimètres.*

La première fois que je la vis, en avril 1898, elle était assise sur son lit et rien ne faisait présumer l'exiguïté de sa taille.

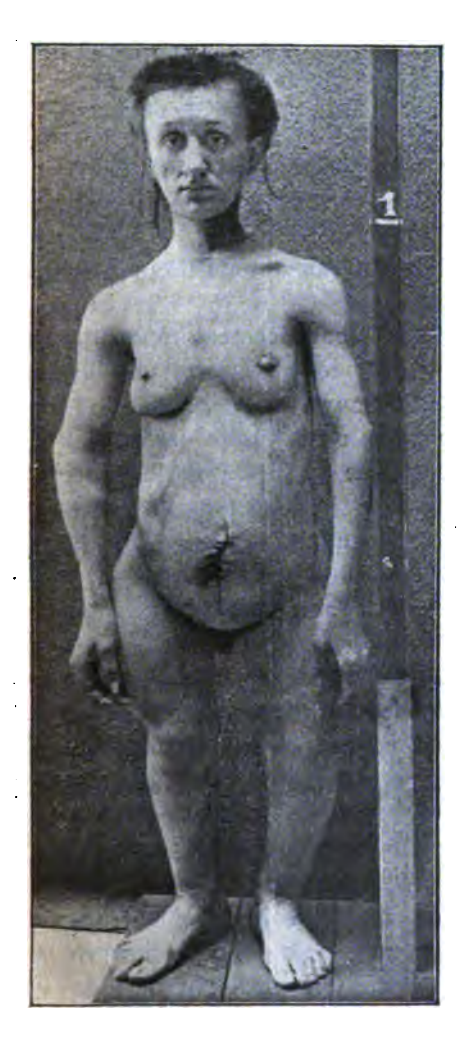
Le volume de sa tête ne présente rien de particulier, elle n'a pas le masque d'une rachitique ; la hauteur du tronc, qui est de 68 centimètres, la longueur de ses membres supérieurs, de sa main, de ses doigts semblaient normales ; toutefois en examinant attentivement les membres supérieurs, on est déjà frappé, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur la photographie ci-jointe, de la brièveté relative des humérus comparée à la longueur des avant-bras et des mains.

L'impression n'est plus la même lorsqu'on examine la femme debout. Les membres inférieurs sont remarquablement petits. Les fémurs surtout, très courts et comme tassés, ne mesurent que 27 centimètres. Ils présentent une légère courbure à convexité externe. Les tibias, *proportionnellement plus longs* que les fémurs, ne mesurent cependant que 28 centimètres et demi et présentent au niveau de leur tubérosité épaissie une surface articulaire très élargie. Quant aux pieds, ils sont, comme les mains, assez grands et nullement en rapport avec la taille de cette femme.

Le bassin est aussi notablement diminué dans ses divers diamètres. Le diamètre bi-épine est de 23 cm. 5 ; le bicrête est de 23 centimètres. Le conjugué externe n'est que de 14 cm. 5.

Par le toucher mensurateur, on trouve un diamètre promonto-

sous-pubien de 74 millimètres, ce qui fait que le *diamètre utile* qui mesure la plus petite distance qui sépare la partie antérieure de la





colonne vertébrale de la partie postérieure de la symphyse pubienne peut être évalué à 59 *millimètres* environ, rétrécissement très considérable comme on le voit. La face antérieure du sacrum

est convexe. Le diamètre inféro-sacro-sous-pubien est de 86 millimètres.

Interrogée sur ses antécédents, elle nous dit qu'elle avait marché dès l'âge de huit mois, mais qu'à partir d'un an, à la suite d'un refroidissement, elle aurait été obligée de garder le lit, jusqu'à l'âge de 9 ans, époque à laquelle elle aurait seulement pu de nouveau marcher.

Elle avait été à l'hôpital pour y être traitée, nous dit-elle, pour *un rachitissement complet ?*

Ce diagnostic est-il exact? A-t-elle vraiment été atteinte de rachitisme ?

Il y a quelques années, on aurait certainement répondu, sans hésitation, par l'affirmative, mais les travaux qui ont été faits sur l'achondroplasie, lésion découverte par Parrot et si bien étudiée par M. Porak (1) dans un mémoire désormais classique, l'article si documenté que M. Pierre Marie a fait paraître en juillet 1900 dans la *Presse médicale* sur « l'Achondroplasie dans l'adolescence et l'âge adulte », me portent à penser que ce qui *domine* dans les lésions constatées dans le squelette de Marie U..., ce n'est pas le rachitisme mais *surtout* l'achondroplasie.

Je n'ai pas l'intention d'établir un parallèle anatomo-pathologique entre l'achondroplasie et le rachitisme, ayant déjà eu l'occasion de le faire, il y a quelques mois, à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, à propos d'un cas d'achondroplasie fœtale (2), mais je rappellerai que *l'achondroplasie peut être partielle, qu'elle peut être limitée à un segment de membre.*

M. Mauclaire dans son travail sur les maladies non traumatiques des os du *Traité de Chirurgie* (3) dit avoir observé dans le service de M. Lannelongue une achondroplasique chez laquelle la longueur des membres supérieurs n'était

---

(1) *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1890.
(2) 2 février 1900.
(3) T. II, p. 680, 1895.

guère plus petite qu'à l'état normal ; or c'est ce qui existe aussi chez Marie U... où la micromélie est surtout marquée aux membres inférieurs, l'extrémité de ses mains atteignant presque l'articulation du genou.

M. Marie insiste aussi sur la *disproportion* qui, chez les achondroplasiques, existe entre la longueur des différents segments du membre supérieur et du membre inférieur.

« Le rapport, dit-il (1), entre la longueur du bras et celle de l'avant-bras se trouve ainsi entièrement *renversé* chez les achondroplasiques, puisque, chez eux, l'avant-bras est plus long que le bras de 4 centimètres, alors que chez un enfant normal de même taille c'est le bras qui est plus long que l'avant-bras de 4 centimètres. »

Nous avons constaté cette disproportion chez notre malade à un degré moindre, il est vrai, pour les membres supérieurs, mais, aux membres inférieurs, cette disproportion existe aussi et est même, dans notre cas, plus accentuée que dans les exemples rapportés par M. P. Marie.

M. Marie insiste encore sur une autre disproportion tout à fait caractéristique chez les achondroplasiques : c'est la disproportion entre la longueur des membres et les dimensions du tronc ; nous la trouvons très marquée chez notre sujet pour les membres inférieurs.

Les achondroplasiques ont encore généralement le dos plat avec une ensellure lombaire causée par la projection du promontoire en avant, alors que l'extrémité inférieure du sacrum est rejetée en arrière. Cette disposition, nous l'observons chez Marie U... Elle a le dos à peu près plat et, chez elle, le promontoire est fortement proéminent, la surface antérieure du sacrum est même convexe.

Enfin, les achondroplasiques ont parfois des courbures assez marquées au niveau des membres inférieurs, courbures qui ont souvent pu les faire confondre avec les rachitiques.

Tels sont les motifs qui me portent à attribuer à l'achondroplasie les altérations du squelette de Marie U...

(1) *Presse médicale*, n° 56, p. 19, 1900.

Ses antécédents obstétricaux méritent également d'attirer notre attention.

C'est la quatrième fois, ai-je dit, qu'elle venait dans mon service.

Toujours bien portante depuis l'âge de 9 ans, elle avait été menstruée à 17 ans, régulièrement tous les mois, pendant huit jours, jusqu'au 14 juillet 1897, époque où elle devint enceinte.

Cette première grossesse avait été normale. Elle était entrée à la Maternité, en travail, le 19 avril 1898.

L'enfant ayant succombé à une procidence du cordon, mon collègue M. Schuhl, qui me remplaçait, fit une basiotripsie rendue pénible par l'étroitesse considérable du bassin.

Onze jours après, elle quittait le service, mais pour y revenir le 28 mars 1899.

Elle avait eu sa dernière époque du 14 au 19 juillet, et cette deuxième grossesse, qui avait été tout à fait normale, devait régulièrement prendre fin vers le 24 avril.

L'extrême angustie pelvienne, le diamètre utile n'étant que de 59 millimètres, rendait l'accouchement impossible ; la section césarienne s'imposait si l'on voulait avoir un enfant vivant.

Tout ce que nous pûmes dire pour engager cette mère à accepter l'intervention proposée fut inutile. L'opération césarienne était repoussée.

Ne pouvant évacuer cette malade dans un autre service d'accouchements, et pour cause; d'autre part, partageant l'avis de ceux qui, comme Nægele, pensent qu'on ne peut imposer à une femme une opération qu'elle refuse, estimant avec l'ancien procureur général Bertrand que la mère, « maîtresse de son corps, a le droit, si elle juge sa vie mise en danger par l'intervention qui sauverait l'enfant en péril de mort lui-même, de se préférer (1) », j'engageais mon collègue M. Schuhl, qui devait prendre le service quelques jours après, à agir ainsi et à pratiquer l'embryotomie même si l'enfant

(1) Lettre de M. Bertrand au professeur Pinard. *Semaine médicale*, supplément au n° 50, 1901, p. 107.

était vivant. Ce qu'il fit, le 8 avril, alors que l'on discutait, à la Société obstétricale de France, sur la conduite à tenir dans les cas de viciations pelviennes.

L'année 1899 n'était pas écoulée que Marie U... était de nouveau enceinte, c'était la troisième fois! Elle avait eu ses dernières règles du 29 novembre au 5 décembre.

Le 8 septembre 1900, après une grossesse pénible, elle était entrée à la Maternité, à 2 heures de l'après-midi, étant en travail depuis minuit, décidée, cette fois, à accepter l'intervention qu'elle avait précédemment refusée.

M. Schuhl, qui était chargé du service pendant les vacances, fit l'opération césarienne avec succès pour la mère et pour l'enfant, malgré une hémorrhagie assez sérieuse survenue après le décollement du placenta.

Le 4 octobre, Marie U..., emportant son fils César dans ses bras, avait quitté la Maternité où elle devait revenir 13 mois après, le 25 novembre 1901 à 10 heures et demie du matin, de nouveau en travail, ainsi que je l'ai dit, et pleinement décidée à subir pour la seconde fois la section césarienne.

Les contractions sont alors tellement énergiques que je juge prudent, pour en atténuer l'intensité, de faire administrer un lavement laudanisé, craignant qu'une déchirure ne se produise au niveau des anciennes sutures, pendant les préparatifs de l'opération.

Au moment où, assisté de mes collègues MM. Weiss et Schuhl, j'allais sectionner la paroi abdominale, la malade, qui venait à peine d'être endormie, est prise d'étouffement dû à des mucosités qui encombrent l'arrière-gorge. On les enlève, mais la face reste cyanosée. On est obligé de pratiquer la respiration artificielle et de faire une injection sous-cutanée d'éther, et ce n'est qu'avec une certaine difficulté qu'on parvient à faire disparaître ces phénomènes d'asphyxie.

Cette alerte passée, j'incise l'abdomen sur la ligne médiane ; les différents plans de cette paroi, la peau, les muscles et le péritoine sont confondus. Je prolonge l'incision à 4 centimètres environ au-dessus de l'ombilic.

La cavité péritonéale ouverte, je trouve *des adhérences* qui maintiennent l'utérus accolé au péritoine pariétal, surtout à gauche

de la ligne médiane. Je tente de les décoller, mais je dois y renoncer. En persistant, je risquerai de produire une hémorrhagie en nappe qu'il me serait difficile d'arrêter.

Les membranes étant rompues artificiellement par le vagin, j'incise la paroi utérine immédiatement en dehors de ces adhérences. Je rencontre le placenta qui était directement inséré sur la face antérieure de l'utérus. Je le décolle rapidement. Le fœtus, saisi par les pieds, est extrait facilement. On pince le cordon et on le sectionne.

L'enfant est né en état de mort apparente, mais il suffit de quelques insufflations et de quelques frictions pour le ranimer.

C'est une fille de 2.700 grammes.

Le placenta, libéré de ses attaches utérines, est facilement enlevé ainsi qu'une partie des membranes, seulement le reste de ces membranes demeure adhérent et je suis obligé de les saisir avec une pince en T pour arriver à les décoller.

Pendant ce temps, un aide fait, autant que les adhérences utéro-abdominales le permettent, la compression des vaisseaux qui se rendent à l'utérus, en comprimant les parties latérales de cet organe.

L'hémorrhagie est heureusement très peu abondante, cependant la rétraction utérine est incomplète à cause des adhérences anciennes qui maintiennent la matrice élevée.

On lait passer par le vagin une longue pince courbe qui pénètre dans l'utérus et sur laquelle on charge une mèche de gaze iodoformée de façon à établir un drain utéro-vaginal.

La plaie utérine est fermée par deux plans de sutures avec des fils de soie; le premier plan, profond, comprend toute l'épaisseur du muscle utérin, en ayant soin d'éviter la muqueuse ; le deuxième plan, superficiel, parfait l'affrontement.

Je suis tout particulièrement frappé par le peu d'épaisseur de la paroi utérine au niveau de l'insertion du placenta (1).

On procède à la toilette de la cavité péritonéale qui a été très peu souillée. La poche des eaux ayant été vidée par le vagin, et une compression énergique sur les parties latérales de l'utérus au

---

(1) Ce fait de la minceur de l'utérus correspondant à la région placentaire a été bien mis en évidence par MM. Pinard et Varnier dans plusieurs planches de leur magnifique *Atlas d'anatomie obstétricale*.

moyen des deux lèvres de la plaie abdominale ayant empêché le sang de s'épancher dans l'abdomen, on ne trouve qu'un petit caillot dans la fosse iliaque droite.

A ce moment comme la contraction utérine semblait diminuer, on fait une injection sous-cutanée d'ergotine, puis M. Weiss suture la paroi abdominale avec un surget à la soie. La peau est suturée au crin de Florence.

Le pansement terminé, le vagin drainé, on injecte 250 centimètres cubes de sérum artificiel.

Notre opérée a perdu, dans la soirée, très peu de sang par le vagin, mais elle a eu de violentes douleurs au niveau de la région antérieure de l'abdomen correspondant aux adhérences utérines que nous avons signalées. On est obligé, pour les calmer, d'administrer un lavement laudanisé.

Le lendemain, 26 novembre, nouvelle crise douloureuse qui cède au même traitement et qui heureusement ne s'est plus reproduite.

La malade a uriné spontanément, elle a des gaz, et le thermomètre est à 37°,4, température qui n'a pas été dépassée dans le cours de sa puerpéralité qui s'est effectuée tout à fait normalement.

Le 27, on retire complètement la gaze du vagin et partiellement celle qui drainait l'utérus et qui est expulsée totalement le lendemain.

Le pansement est refait. Je suis étonné de la voussure que forme en avant et à gauche, presqu'à la hauteur de l'ombilic, la paroi abdominale.

Cette voussure est produite par l'utérus qui demeure, en quelque sorte, comme appendu à la face postérieure de la paroi antérieure du ventre. En pratiquant le toucher, on trouve le col très élevé au fond de la cavité vaginale qui semble comme étirée.

Les fils sont enlevés le 10e et le 12e jour.

L'enfant, qui, primitivement, avait été mis au sein d'une nourrice, est maintenant allaité par sa mère. Elle rentre chez elle, le 14 décembre, 20 jours après son opération, emmenant Césarine qu'elle va montrer à son petit César.

Je n'insisterai plus sur les diverses particularités que j'ai déjà signalées dans le cours de cette observation ; je me bornerai, en terminant, à attirer l'attention sur ces adhé-

rences utéro-abdominales qui, n'étant que du côté gauche, n'ont heureusement pas apporté de difficultés sérieuses à notre intervention.

Lors de la première section césarienne, M. Schuhl avait déjà été frappé de la hauteur, 15 centimètres au-dessus du pubis, à laquelle demeurait l'utérus, et cependant la température n'avait atteint 38° qu'un seul jour, le 5e, pour ne plus s'écarter ensuite de 37. Il est évident que si ces adhérences avaient été plus considérables, si, surtout, elles avaient existé des deux côtés, la toilette péritonéale aurait été à peu près impossible ; je me demande comment on serait arrivé à débarrasser la cavité péritonéale des liquides et du sang qui auraient pu s'y infiltrer ? On pourrait, il est vrai, dans ces cas, mobiliser l'utérus, en détruisant ces adhérences, au moins d'un côté, mais ce décollement allongerait notablement la durée de l'opération et favoriserait l'apparition de ces hémorrhagies en nappe, si tenaces, si rebelles et parfois si difficiles à tarir. De plus, on n'ignore pas qu'un péritoine traumatisé s'enflamme et s'infecte bien plus facilement.

Dans notre cas, heureusement, le seul inconvénient que ces adhérences unilatérales aient produit, a été l'apparition de ces crises douloureuses, les deux jours qui suivirent l'acte chirurgical. Ces douleurs, véritables tranchées utérines exaspérées par l'union de l'utérus à la paroi de l'abdomen, purent être rapidement atténuées par une médication opiacée.

Les opérations césariennes pratiquées pour la *troisième* fois sur la même femme sont, on l'a vu, beaucoup plus rares, mais il n'est pas impossible que Marie U... en vienne grossir le nombre. Le père de César, de Césarine et de ceux qui les ont précédés n'aurait que 21 ans. Il fait en ce moment son service militaire, mais après ?

« *Spe metuque !* » comme aurait dit Tarnier.

CONSIDÉRATIONS SUR
DEUX CAS DE SYMPHYSÉOTOMIE

Par le Dr **Cornelius Cristeanu**, de Bucarest.

Les symphyséotomies sont actuellement très nombreuses. Les statistiques présentées par tous les accoucheurs deviennent de jour en jour meilleures et les indications plus précises ; la mortalité diminue tant pour les mères que pour les enfants.

Dans ma pratique restreinte, j'ai eu l'occasion d'intervenir dans des cas de rétrécissement du bassin, rencontrant parfois des complications que je n'ai vu mentionnées ni dans les traités classiques d'accouchement, ni dans les monographies (1). D'autres fois, j'ai été forcé par les circonstances de modifier quelques temps de ces interventions. Cet article contient outre le résumé de deux observations quelques considérations sur la manière dont je me suis comporté dans ces cas.

Voici le résumé des observations (2) :

Obs. I. — Femme Z..., 27 ans, reçue le 28 juillet 1900. 5 heures du matin.

Antécédents personnels : 4 couches dont 3 laborieuses (forceps, enfants morts), dont un au commencement du 9e mois.

Grossesse actuelle : Dernière apparition des règles, 28 octobre 1899; âge de la grossesse : à terme. La femme s'était présentée à la maternité vers le 7e mois et on lui avait donné le conseil de revenir au milieu de juillet (3).

---

(1) Symphyséotomie compliquée par occlusion intestinale produite par le ligament colique gauche.

(2) Opérations pratiquées pendant les vacances, le chef de service étant en congé.

(3) J'avais l'intention de pratiquer la césarienne conservatrice vers le milieu du 9e mois.

Au moment de l'admission, elle est dans l'état suivant : enceinte à terme, liquide écoulé à domicile, col dilaté de la grandeur de la paume, l'enfant vivant, en OIDT. Tête défléchie fixée au détroit supérieur. Les bruits du cœur fœtal bons. On pratique l'antisepsie rigoureuse des organes externes et du vagin. Injections vaginales chaudes répétées chaque heure, avec une solution de sublimé à 1 p. 4.000. On surveille les contractions et le cœur du fœtus. La dilatation est complète ; 2 heures après, une énorme bosse séro-sanguine, pouls fœtal bon, contraction forte, mais la tête reste toujours au même niveau DU = 8,3.

Deux heures après la dilatation complète, je fais transporter la femme dans la salle d'opérations, et, chloroformant la malade, après les précautions d'usage, prévoyant une symphyséotomie vu le grand rétrécissement, je fais une application de forceps au détroit supérieur (procédé Pinard). Au moment de l'introduction de la main gauche, je constate un enfoncement du frontal droit au niveau du promontoire. Tractions modérées, mais soutenues, sans résultats, pendant 10 minutes. *Je laisse en place le forceps*, un aide surveillant le cœur fœtal, et je pratique la symphyséotomie sur le doigt. Après section, les cuisses sont écartées, et on obtient 4 centimètres d'écartement entre les sections du pubis. Par des tractions sur le forceps *déjà appliqué*, j'extrais un enfant vivant dont le frontal droit présente un enfoncement en forme de godet. L'enfant pèse 3.950 grammes. D B i P = 10 cm. — BiT 8 1/2. Un aide donne des soins à l'enfant, extrait le placenta et pratique une injection intra-utérine, pendant que *je suture les téguments seulement*, par 8 fils de crins. Hémorrhagie nulle. Pansements stérilisés. Un bandage en T. Température 37°,6 au moment de l'intervention, 37°,8 après. On sonde la malade 3 fois par jour.

	T. M.	P. M.	T. S.	P. S.	
29 juillet	37^5	104	37^6	108	injection vaginale.
30 —	38^1	96	38^1	104	irrigat. vaginale.
31 —	37^9	100	38	100	—
1er août	37^9	100	38^3	108	—
2 —	37^7	108	38^5	112	irrig., tamponnement de l'utérus.
3 —	37^2	116	38^1	116	irrig., tamponnement de l'utérus

		T. M.	P. M.	T. S.	P. S.	
4	août	37^7	100	37^5	116	irrigation.
5	—	37^5	104	37^3	100	—
6	—	37^2	100	37^4	100	—
7	—	37	90	37^2	90	—
8	—	37	90	37^2	90	—
9	—	36^5	88	37	80	—

Les autres jours, tout est normal. Les sutures sont enlevées le 10ᵉ jour. *Réunion par première intention.*

Les mouvements sont rétablis le 15ᵉ jour. Le 20ᵉ jour, elle fait tous les mouvements sans aucune contrainte, sans douleurs, et 30 jours après elle demande son *exeat.*

La tête de l'enfant présente toujours le même enfoncement non réduit.

Le diamètre utile au moment de la sortie est de 8,7 centimètres. En faisant des mouvements sur place, on constate la mobilité des os, sans grands déplacements. *Articulation* indolore. *La station debout et la marche normales.*

Obs. II. — R. G..., 32 ans, 5 couches antérieures au 9ᵉ mois, *très difficiles*, dont 2 applications de forceps, *enfants morts*, 3 avant terme, enfants vivants.

Entrée à la Maternité le 6 septembre 1900, enceinte à terme d'un enfant en OIGT.

État local : Col complètement dilaté, poche intacte. Tête au-dessus du détroit supérieur. DU = 8,3. On pratique l'antisepsie rigoureuse. Je perfore la poche des eaux, peu de liquide, chargé d'une grande quantité de méconium. Deux heures après, la tête est toujours fixée au détroit supérieur, sans tendance à l'engagement; pouls fœtal fréquent. Contractions fortes. L'urine contient une grande quantité d'albumine. Sous chloroforme je pratique une application de forceps (procédé Pinard) et, malgré les tractions, la tête ne s'engage pas. *Je laisse en place le forceps*, et je pratique la symphyséotomie sur le doigt; on écarte les cuisses et en faisant des tractions sur le forceps appliqué j'extrais un enfant vivant de 3.450 grammes. D BiP = 9,5; BiT = 8 centimètres ; longueur du cordon, 72 centimètres.

Un aide pratique 5 minutes après l'extraction du placenta, à cause de l'hémorrhagie, et une irrigation avec une solution de

créoline, 2,50 p. 100. Aucune hémorrhagie du côté de la symphyse. Suture *des téguments aux crins.* Pansements aseptiques, *Bandage en T ;* on maintient légèrement les cuisses. Pendant l'anesthésie, 1.000 grammes de sérum en injection sous-cutanée. On sonde la malade toutes les 4 heures, les injections vaginales et vésicales. P. soir, 92 ; T., 37^3.

	T. M.	P. M.	T. S.	P. S.	
7 septembre	37	104	37^2	120	Des nausées après, lavem[t] purg., inj. sér. après 100 gr.
8 —	37	108	37^4	100	Inj. vaginales avec sol. créol 2,50 p. 100. Alb. diminuée.
9 —	37	96	37^5	100	
10 —	37	96	37^6	90	

Les 11 et 12, la température oscille entre 37 et 37°,6 ; injections vaginales biquotidiennes avec solution d'hypermanganate de potasse 1 p. 4.000. Le soir du 12, le *pouls monte* de 86 à 108 ; pendant la nuit du 12, des fourmillements au niveau du membre inférieur gauche.

13 *septembre*. — Le soir et pendant toute la nuit de violentes douleurs dans le membre inférieur ; le matin, je constate de la tuméfaction et de l'œdème dur blanc, mat. Les vaisseaux au niveau du triangle de Scarpa, douloureux, de même ceux de la région poplitée où on perçoit très bien un cordon dur.

On fait l'enveloppement du membre avec des compresses imbibées d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. Le soir, suppositoire d'un centigramme de morphine.

14 *septembre*. — T. M. = 37,3; P. 100 ; T. S. = 38,6 ; P. = 120. Congestion pulmonaire fugace. Ventouses. Irrigation utérine. Utérus très bien involué, fosse iliaque gauche un peu douloureuse. Plaie pubienne en bon état. On enlève les sutures. *Réunion par première intention.* La température dans les jours suivants revient à la normale. On met le membre dans une gouttière. L'œdème diminue, les douleurs disparaissent ; le 25e jour, l'œdème disparaît à son tour et, le 36e jour après l'opération, la femme étant complètement guérie est congédiée avec son enfant en bon état.

—

Le diamètre utile au moment de la sortie est de 8,7. *La marche et la station debout normales*, un peu de mobilité au niveau de la symphyse.

Après avoir donné le résumé de ces deux observations, je me permettrais de revenir sur leurs particularités :

1° Les deux femmes sont multipares : l'une a eu 4 enfants, l'autre 5. La première 3 applications de forceps, la seconde 2, tous les enfants extraits morts.

Et pourtant elles ont eu des accouchements spontanés quoique laborieux. Rétrécissement du bassin identique, DU = 8,3, fait qui paraîtrait étrange si nous ne savions que le rétrécissement absolu du bassin n'existe pas, mais qu'il est seulement relatif et d'importance variable avec différentes causes, surtout le volume de la tête fœtale, la largeur des sutures craniennes, d'où résulte la possibilité de chevauchements des os. Souvent j'ai eu l'occasion de voir des femmes dont le DU variait entre 8 centimètres et 8 cm. 5 et qui accouchaient spontanément d'enfants dont le poids variait entre 3.000 et 3.500 grammes ; mais les sutures étaient larges, les diamètres réductibles ; de même j'ai vu des cas où le DU était 9,8 et pourtant l'accouchement n'a pu s'effectuer sans tractions fortes sur le forceps appliqué à deux fois sur la tête, et l'enfant sortait avec des enfoncements et des lésions incompatibles avec la vie. Ce diamètre BiP de la tête mesurait encore 10 centimètres après réduction, et malgré les lésions. La thèse du docteur Bogdanovici (1), l'ancien interne de la Maternité, contient tout au long la relation de cas semblables. Fieux, de Bordeaux, a pratiqué la symphyséotomie sur une femme dont le DU était 10 1/2, mais dont le diamètre BiP était 105 millimètres.

Dans mes deux cas, le diamètre BP était pour l'un 10 centimètres, pour le second 9,5, diamètres plus grands que DU=8,3 ;

---

(1) Docteur Bogdanovici. *Symphyséotomie*. Thèse de Bucarest, page 62, 1899.

mais les sutures étroites rendaient le chevauchement des os presque imperceptible. Dans ces conditions, on comprend comment, chez ces femmes multipares, la tête fœtale ayant des diamètres supérieurs au DU a nécessité une intervention avec des résultats très bons pour les mères et pour les enfants. J'étais d'autant plus obligé de pratiquer la symphyséotomie que les applications antérieures de forceps avaient donné des résultats désastreux pour les enfants. Tous morts.

Le manuel opératoire sur lequel je désirerais insister a été le suivant : j'ai essayé premièrement une application directe sur la tête ; je n'ai jamais fait des applications directes par rapport au bassin (procédé allemand) ; parfois j'ai employé le procédé Budin. Avant cette application, vu le grand rétrécissement, j'ai *tout* préparé (tant la malade que les instruments) pour la symphyséotomie. Ne persistant pas de parti pris dans les tractions, *j'ai laissé le forceps mis sur la tête*, *tracteur adapté*. Je suis revenu à la symphyséotomie après avoir de nouveau fait minutieusement l'antisepsie de mes mains. Le champ opératoire étant en bonnes conditions, j'ai pratiqué une incision partant de 3 centimètres au-dessus de la symphyse et descendant au niveau de l'interligne jusqu'au-dessus du clitoris où elle est déviée à droite, ou jusqu'au niveau du ligament triangulaire, incision des parties molles jusqu'à l'os.

Avec deux écarteurs, on abaisse en bas et à gauche le clitoris, les parties molles et l'urèthre ; je pratique une boutonnière à la partie supérieure. Le doigt indicateur gauche — face palmaire en haut — repoussant les tissus en bas sous le ligament triangulaire, sépare et repousse sans difficulté aucune tous les tissus rétro-pubiens ; la tête étant fixée fortement au détroit supérieur est un peu repoussée par le forceps, de manière que le doigt sort *très facilement* par la boutonnière supérieure.

Avec un bistouri ordinaire, j'incise d'avant en arrière la symphyse et le ligament triangulaire. *Pas une goutte de sang* ; la région prévésicale est très apparente, avec ses nombreux vaisseaux. Écartement des cuisses ; je recouvre la plaie dans

des compresses stérilisées, et, *exerçant des tractions sur le forceps appliqué*, j'extrais les enfants. Ils étaient dans les deux cas vivants non asphyxiés.

Un aide pratique l'extraction du placenta et l'irrigation utérine.

Pendant ce temps, c'est-à-dire 5 minutes tout au plus à partir du commencement de l'intervention, on rapproche les cuisses et *je suture les téguments en un seul étage*, 8 à 10 points.

Pansement occlusif local, aucun bandage, seulement rapprochement des cuisses. Pansement vulvaire.

Je n'ai pas la prétention d'avoir fait quelque innovation dans le procédé opératoire; mais je désirerais attirer l'attention sur les instruments très restreints que j'ai employés et même sur l'inutilité de tout autre instrument. J'ai employé en tout : un forceps, un bistouri, deux écarteurs, une aiguille de Reverdin. Cette instrumentation restreinte, réduite, pourrait contribuer à la vulgarisation de cette intervention destinée à sauver d'une mort certaine beaucoup d'enfants. Le peu d'instruments, et même j'ajouterai l'inutilité des instruments spéciaux, pourrait faire que cette opération pratiquée aujourd'hui seulement dans les grands centres et dans les hôpitaux deviendrait naturellement entre les mains des gens du métier, qui peuvent apprécier les indications et les contre-indications de cette intervention, une opération *facile* qui rendrait de vrais services tant pour les mères que pour les enfants ; elle épargnerait au médecin de pratiquer l'embryotomie sur le vivant ou soi-disant mort, ou encore d'attendre que l'enfant succombe, exposant ainsi la mère à des complications graves.

En prenant des précautions rigoureuses que n'importe quel médecin doit prendre pour la plus petite intervention et particulièrement dans les accouchements, *la mortalité ne sera pas augmentée* ; les complications comme fièvre puerpérale ne seront pas plus nombreuses. On a dit que la propagation par le péritoine au niveau de la plaie est beaucoup plus facile; mais

l'utérus n'est-il pas un milieu tout aussi apte à propager cette infection au péritoine? et les formes n'en sont-elles pas tout aussi graves? L'intérêt est d'agir aseptiquement. Dans le cas contraire, infection par voie utérine ou infection par la plaie sont des complications de même ordre.

Dans mes deux cas j'ai appliqué le forceps avant, j'ai exercé des tractions, et, ne réussissant pas, *je l'ai laissé en place...* Le procédé a été préconisé par Fochier (1) dès l'année 1893. Ce procédé présente l'avantage :

1° D'une asepsie meilleure de la plaie opératoire ;

2° L'extraction *est beaucoup plus rapide* parce que, après l'écartement des symphyses, la mise en place des cuillères est parfois difficile;

3° Au moment du décollement des tissus rétro-pubiens, la tête est fortement fixée parfois au détroit supérieur et de cette manière on a la possibilité d'épargner les tissus, de ne pas produire des lésions de ces tissus;

4° Il ne présente aucun désavantage.

Presque dans tous les traités et monographies on trouve la crainte des complications et des soins post-opératoires.

Autrefois les soins post-opératoires étaient très difficiles; ils exigeaient une foule de précautions: bandages gypsés, amidonnés, etc.; pansements occlusifs, sondes à demeure dans la vessie, etc. Dans mes deux cas, aucuns de ces inconvénients, pas de sonde à demeure; j'ai extrait l'urine chaque 3 à 4 heures dans le premier cas, chaque 8 heures à partir du 2e jour. Une deuxième malade a eu de la parésie vésicale jusqu'au 10e jour; elle a disparu 2 jours après l'enlèvement des sutures, mais c'est moi qui ne lui permettais pas d'uriner toute seule, à cause de la crainte que j'avais d'une infection possible des sutures. *Je n'ai fait qu'un bandage en T et l'immobilité complète n'a pas été gardée;* comme on peut voir de l'observation de la première femme, elle a eu une infection dans les suites des couches, infection qui a

(1) FOCHIER, *Annales de gynécologie.*

nécessité des irrigations pendant quelques jours et même deux tamponnements (1) de l'utérus, par conséquent position obstétricale, introduction des valves de Pozzi, *écartement des cuisses*, et malgré ces mouvements faits naturellement avec toutes les précautions, ces interventions n'ont pas influencé la guérison par première intention, la cicatrisation de la symphyse et le retour *complet des fonctions des membres.*

Comme particularité de la seconde, on doit noter l'apparition de bonne heure d'une phlegmatia — apparition précoce le 6e jour — annoncée par la fréquence du pouls, fourmillements. D'habitude elle apparaît entre le 15e et le 25e jour. L'œdème, les douleurs, la température ont cédé rapidement et les malades ont quitté le lit complètement rétablies. Dans ces cas, on peut se demander : 1° Quelle était l'indication opératoire? 2° Si on pourrait incriminer l'opérateur et l'opération comme cause de la production de l'infection? 3° En présence d'une déformation de la tête fœtale, quelle doit être notre conduite?

Dans le premier cas, la tête présentait un enfoncement du frontal, enfoncement bien établi au moment de l'introduction de la première branche.

La symphyséotomie était-elle indiquée dans ces cas? Du moment que les battements du cœur fœtal étaient ralentis, j'ai dû pratiquer la symphyséotomie. Les cas d'enfoncements des os craniens ne sont pas très fréquents. Dans la thèse du docteur Bogdanovici (2), je trouve 6 cas sur 120 interventions (pratiquées entre les années 1895-98); dans ces 6 cas, 2 extraits vivants et qui vivent encore, 2 morts, 1 vivant succombe quelques jours après, 1 asphyxié qui malgré tous les efforts ne put être rappelé à la vie. Je puis ajouter à cette

---

(1) Traitement que j'ai préconisé et pratiqué pendant 4 ans et que je pratique encore et sur lequel je reviendrai et qui m'a donné les meilleurs résultats.

(2) BOGDANOVICI, *Symphyséotomie*. Thèse de Bucarest, 1899, tableaux des interventions.

statistique celui extrait vivant de la première femme, et congédié en bon état avec sa mère, et un autre toujours congédié bien portant. Au total 4 vivants. Dans un cas de mort dont je conserve la pièce, on peut voir un enfoncement du frontal gauche et à la nécropsie j'ai constaté un foyer hémorrhagique du lobe antérieur et dilacération totale du tissu nerveux. Dans mon premier cas l'enfoncement a persisté après extraction jusqu'au moment de la sortie. Ces déformations des os craniens dans les rétrécissements du bassin reconnaissent pour cause la fixation et la poussée de la tête fœtale sur le promontoire proéminent. Dans ces cas, on peut se demander si ces lésions sont compatibles avec la vie, et, en cas affirmatif, si elles ne peuvent produire des lésions tardives qui exposent les enfants à l'épilepsie.

La théorie admise aujourd'hui est que là réduction s'opère spontanément, théorie dont je ne suis pas absolument partisan. Des 4 enfants que j'ai vus bien portants et que j'ai observés pendant un temps plus ou moins long, la réduction spontanée je ne l'ai vue chez aucun, ni la modification de l'enfoncement. Il est vrai que pas un ne présentait de troubles fonctionnels et pourtant je ne crois pas que ce soit un argument. J'ai eu l'occasion, ces derniers temps, de voir un enfant extrait par le forceps, avec des tractions un peu trop fortes, la vis pas trop serrée, enfant bien portant *pendant* 9 *jours*, selles régulières, respiration et température normales, et qui pendant les 9 jours de vie ne présentait la moindre paralysie, la moindre modification. L'enfant fut pris brusquement de convulsions le 9e jour, et succomba 2 heures après. La nécropsie 4 heures après décèle : dilacération *totale* des deux lobes antérieurs cérébraux, le tissu nerveu transformé en bouillie, et pourtant cet enfant, malgré ces lésions étendues, ne présentait *aucune altération* fonctionnelle.

Le traitement du redressement spontané ne peut être admis dans tous les cas, ce n'est que chez les prématurés où les os craniens sont mous, très dépressibles même au simple toucher et qui peuvent revenir à l'état normal par le développe-

ment du cerveau. Mais dans les cas où les os sont durs, les deux tables des os formées et séparées, je ne crois pas que le redressement spontané puisse se produire.

Ne serait-ce que les quelques cas que j'ai vus avec fracture de la table interne, fracture étoilée et simple, enfoncement de la table externe, je crois qu'un traitement immédiat est meilleur que n'importe quel traitement par expectation. Plus l'enfoncement dure, plus les lésions ont chance de devenir irrémédiables. Dans les derniers temps, Munro Kerr (1) a préconisé un traitement pour la réduction des dépressions craniennes chez les nouveau-nés. Il saisit le crâne dans le sens antéro-postérieur, les deux pouces sur le front, les autres doigts sur l'occipital. A sa grande surprise la déformation se réduisit brusquement sans effort aucun, et avec un bruit semblable à celui qui serait causé par la réduction d'un enfoncement dans un chapeau rigide.

L'enfant, qui jusque-là n'avait poussé que faiblement des cris, se mit à crier normalement et les battements du cœur augmentèrent d'intensité. Lorsque la compression antéro-postérieure échoue, l'auteur recommande d'essayer la compression oblique qui lui a donné un succès. Dans ces cas, il s'agit premièrement de rétrécissements forts et de têtes grosses. Je trouve une différence entre ce que j'ai vu et ce que je vois écrit dans les traités classiques et monographies. L'enfoncement *toujours était situé au niveau du frontal*, non pas du pariétal. J'ai vu des éraillures, des plaies plus ou moins longues sur le pariétal causées par le frottement de la symphyse, mais toujours l'enfoncement siégeait *sur le frontal*. Fait très explicable. Dans les rétrécissements du bassin, *toujours* la tête se défléchit, c'est plutôt le diamètre bitemporal qui se présente, parfois et même le plus souvent on ne trouve au toucher que la suture antérieure, et à cause de ce mécanisme c'est le frontal droit ou gauche qui lutte contre le promontoire ; qui s'enfonce

(1) Munro Kerr, Des dépressions craniennes chez le nouveau-né : causés et traitement, *British Medical Journal*, 19 janvier 1901, nº 2090, p. 139.

plus ou moins, produisant des lésions du tissu cérébral plus ou moins profondes, *qui peuvent ne se manifester par aucun symptôme*, comme dans le cas que j'ai détaillé. Si l'opinion est encore que dans ces cas la réduction s'opère spontanément, je crois que cela peut tenir à la cause suivante : après extraction, et dans les 8 à 10 jours suivants, il y a un œdème au-dessus de la lésion qui nivelle la calotte et *fait croire* que tout est rentré dans l'ordre ; mais si on suit ces enfants 15 à 30 jours, on peut se convaincre que la lésion persiste et qu'elle ne s'est pas réduite du tout. Ces derniers jours, j'ai eu la curiosité de revoir un de ces enfants ; *après* 6 *mois passés*, la lésion est absolument dans le même état.

Je crois donc que l'enfoncement ne siège pas sur le pariétal mais sur le frontal ; que, quand on trouve le pariétal plus ou moins enfoncé, il s'agit non d'un rétrécissement plus ou moins infranchissable, mais d'une tête dont les os ne sont pas très dépressibles, des enfants avant terme. Dans ces cas *seulement* je crois que le procédé de Munro-Kerr peut être appliqué. Si, au contraire, il s'agit d'enfoncement à cause d'un grand rétrécissement où le passage de la tête spontanément n'a pu se faire qu'avec une grande difficulté ou par une intervention nécessaire, dans ces cas la réduction ne peut s'opérer ni spontanément, ni par compression. Quant à l'opinion de M. Munro-Kerr que les enfants immédiatement après la réduction de l'enfoncement se sont mis à crier normalement et que les battements du cœur augmentèrent d'intensité, je me permets de ne pas être de son avis, parce que :

Ou l'enfoncement avait produit des lésions étendues du cerveau, et dans ce cas l'enfant présente le type de la respiration cérébrale, trop connue dans les accouchements laborieux ; ou l'enfant n'avait aucune lésion, mais seulement de la compression, et c'est un des cas cités qui vient à l'encontre de cette théorie, parce qu'un enfant avec destruction totale des lobes antérieurs a pu vivre sans présenter *aucune manifestation pendant* 9 *jours*.

A l'appui de cette opinion vient une communication à l'Académie de médecine, séance du 11 mars 1901, par MM. Vaschide et Cl.

Vurpas (1), dans laquelle on voit un enfant dont le cerveau était absent et remplacé par une tumeur kystique divisée en plusieurs cavités « contenant un liquide jaune citrin. Le système nerveux central se composait seulement du bulbe, de la protubérance sans les fibres arciformes ni les pédoncules cérébelleux, enfin probablement de rudiments des tubercules quadrijumaux.

« Il y avait absence complète *du cervelet et d'hémisphères cérébraux* », et pourtant cet enfant a pu vivre pendanf 36 heures. La nécropsie de la plupart des enfants qui ont présenté des enfoncements ou seulement la respiration cérébrale m'ont prouvé qu'il y avait concomitance de lésions du côté du bulbe, des hémorrhagies surtout.

Dans les derniers temps, à la Société d'obstétrique de Paris on a présenté des enfants opérés par redressement du frontal avec résultat parfait. On a ouvert la suture interpariéto-frontale, introduit la spatule d'une sonde *cannelée entre les méninges* et le frontal et, par un mouvement de bascule, on a réduit l'enfoncement.

En quoi la symphyséotomie peut-elle être incriminée comme productrice de l'infection ? Je crois qu'il n'y a là pas de corrélation. Les plaies opératoires ont guéri par première intention, les infections utérines ont cédé pour la première, à la suite de deux tamponnements, à la seconde j'ai fait seulement une seule irrigation. La première malade a été reçue le liquide écoulé depuis longtemps, le col dilaté de la grandeur de la paume, avec une grande bosse séro-sanguine ; j'ai attendu trois heures sans résultat l'engagement de la tête. La femme se trouvait dans les meilleures conditions pour la production d'une infection. Pour la seconde, l'albumine se trouvant en grande quantité dans l'urine m'a forcé à ne pas employer le sublimé et, à cause de cela, il est possible que l'antisepsie du vagin n'ait pas été parfaite.

Au moment de la déchirure de la poche j'ai constaté que le liquide amniotique était peu abondant et que le liquide était mêlé d'une grande quantité de méconium. On aurait pu inter-

---

(1) *Presse médicale*, mercredi 3 avril 1901, p. 137 et suiv.

prêter ce symptôme comme une contre-indication à la symphyséotomie, car l'enfant souffrait; mais malgré cela il n'existait *aucune* irrégularité des battements du cœur fœtal. Comme preuve, je citerai mon deuxième cas où je suis intervenu deux heures après la perforation de la poche amniotique et pourtant j'ai extrait l'enfant vivant et viable.

Dans ces deux cas aussi, avant de procéder à la symphyséotomie, j'ai essayé le procédé Walcher (Walcherschelage) n'obtenant qu'un agrandissement de 1-2 millimètres, *jamais plus*, la mensuration prise avec le doigt et quelquefois avec le mensurateur de Farabeuf. Ces mensurations, je les ai pratiquées sur presque une vingtaine de femmes qui présentaient des rétrécissements du bassin plus ou moins accentués. Du reste, la question me paraît tranchée depuis le mémoire si documenté de Varnier (1), et, en ce qui me regarde, je suis absolument de son avis.

Le diamètre utile chez ces deux malades après la symphyséotomie présentait un agrandissement de 4 millimètres. Ces deux diamètres étaient avant l'opération 83 millimètres, après 8,7. En quoi cette augmentation servira-t-elle aux deux femmes pour leurs accouchements ultérieurs ? Je ne puis pour le moment rien dire de précis. C'est une question qui demande que les malades soient suivies pendant les couches ultérieures.

Conclusions.

Je pourrai conclure d'après les résultats obtenus dans ces deux cas :

Plus les instruments spéciaux disparaîtront, plus la vulgarisation de l'intervention sera facile.

Le nombre des instruments indispensables est très restreint : un bistouri, un forceps, deux écarteurs, une aiguille (Rever-

---

(1) VARNIER, Congrès de Moscou. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, août-sept. 1899.

din) et deux pinces à forcipressure sont suffisants pour la pratique de la symphyséotomie.

L'application du forceps est indiquée avant toute symphyséotomie; et si par des tractions modérées on n'obtient aucun résultat, *on laisse le forceps appliqué sur la tête*, et on fait la symphyséotomie.

L'infection chez la mère n'est pas toujours une contre-indication de la symphyséotomie.

L'opération n'aggrave en rien l'infection déjà existante, elle ne sert qu'à sauver un enfant de plus. L'enfoncement des os craniens du fœtus n'est pas une contre-indication, et, pour l'enfant, le redressement opératoire est de rigueur. *La suture des parties molles* EN UN SEUL ÉTAGE, *seulement la peau*, pas de sutures fibreuses ou osseuses, *inutilité absolue des sutures profondes*. Sur la plaie, rien qu'un pansement aseptique. Inutilité et même nocivité de la sonde vésicale à demeure.

Pas de bandage de contention, pas d'appareils spéciaux; dont l'inutilité est absolue. Injections vaginales et même utérines biquotidiennes, et si l'infection présente une grave allure, tamponnement utérin immédiat.

L'immobilité n'est pas utile, plutôt nuisible. La cicatrisation des symphyses et des plaies opératoires n'est pas du tout influencée par les mouvements faits dès le premier jour; *les mouvements normaux se rétablissent tout aussi bien, en faisant exécuter aux malades des mouvements.*

De cette mobilité résultent des soins baucoup plus faciles, beaucoup plus minutieux pour les malades. On ne risque plus de voir se produire les infections de la plaie extérieure par les lochies qui remontent quand les cuisses sont immobilisées et rapprochées. Les soins post-opératoires sont extrêmement faciles.

Agrandissement permanent de quelques millimètres (4 dans mes cas) du diamètre utile. Résultats nuls de la position de Walcher.

PLACENTA PRÆVIA

138 cas observés de 1896 à 1900
à la deuxième « Geburtsh. Gynæk. Klinik » de Vienne

d'après le mémoire du docteur **E. Klein** (1).

Les faits ont été observés de 1896 à 1900, sur un ensemble de 17.184 accouchements.

Répartition suivant les années

Années	Accouchements	Plac. prævia	Pourcentage	1 : x Accouchements
1896	3.316	26	0,78	1 : 127
1897	3.422	31	0,90	1 : 110
1898	3.547	26	0,73	1 : 136
1899	3.387	25	0,73	1 : 135
1900	3.512	30	0,85	1 : 117
	17.184	138	0,80	1 : 124

Huber, pour une période s'étendant de 1890 à 1897, et sur un total de 93.298 accouchements, a trouvé 257 cas de placenta prævia.

Proportion des cas d'après l'âge.

Age	Nombre	Age	Nombre	Age	Nombre
17	1	27	6	37	6
18	1	28	8	38	7
19	1	29	7	39	5
20	3	30	6	40	4
21	6	31	5	41	6
22	5	32	6	42	5
23	3	33	5	43	3
24	2	34	3	44	6
25	7	35	6	45	2
26	3	36	9	46	1

(1) *Berichte aus der zweiten Geburtsh. Gyn. Klinik* de Vienne, 1902, p. 297.

R. L.

Dans la deuxième décade de la vie, il y a 3 cas ; dans la troisième, 50 ; dans la quatrième, 58 ; dans la cinquième, 27. On trouve comme moyenne d'âge 31,5. Strassmann, pour 101 cas, a trouvé comme moyenne d'âge 32,9.

Proportion d'après la X parité et la variété de l'insertion
(centrale, latérale, basse).

Parité	Centrale	Latérale	Insert. basse	Totals	Pourcentage
I	1	15	4	20	14,4
II	1	10	10	21	15,2
III	4	9	8	21	15,2
IV	1	8	3	12	8,6
V	1	5	4	10	7,2
VI	1	5	—	6	4,3
VII	4	3	2	9	6,5
VIII	2	3	—	5	3,6
IX	1	2	2	5	3,6
X	3	3	2	8	5,7
XI	3	2	—	5	3,6
XII	1	1	6	8	5,7
XIII	1	2	1	4	2,9
XIV	1	2	—	3	2,1
XVIII	—	—	1	1	0,7

20 primipares contre 108 multipares.

Dans les accouchements antérieurs des multipares, 54 fois il y eut des irrégularités, soit dans la proportion de 45 p. 100. 25 fois on nota un ou plusieurs avortements. Jumeaux, accouchements prématurés, présentations anormales, accouchements terminés chirurgicalement une ou plusieurs fois dans 27 cas (jumeaux dans 5 cas). Délivrance manuelle dans 7, placenta prævia dans 3, hémorrhagies abondantes pendant ou après l'accouchement dans 4 cas. En ce qui concerne les 20 primipares, il est noté que 6 avaient dépassé 30 ans, 2 avaient 32 ans, deux 38, une 41 et une 43. Au total, 6 primipares âgées (condition prédisposante, suivant Strassmann).

Mois lunaire pendant lequel se fit l'accouchement

Mois lunaires	Cas	Pourcentage
5	3	2,1
6	3	2,2
7	6	4,3
8	30	21,6
9	30	21,6
10	15	10,8
Terme de la grossesse	51	36,9

soit 12 ou 8,5 p. 100 avortements, 75 ou 45 p. 100 accouchements prématurés et 51 accouchements au terme normal (36,9 p. 100).

Ces chiffres, tout d'abord, confirment cette notion courante que le placenta prævia dispose à la fausse-couche et à l'accoument prématuré. En second lieu, ils ont de l'importance par rapport à la question du pronostic de la vie de l'enfant dans les cas de placenta prævia. Il faut, d'autre part, pour l'appréciation de ces chiffres, ne pas oublier qu'en plusieurs cas on a, par des manœuvres externes (kolpeuryse, rupture artificielle des membranes, etc.), notablement accéléré l'accouchement.

Tableaux relatifs à l'hémorrhagie. La première hémorrhagie a été notée 130 fois.

Première hémorrhagie	Insert. totale	Partielle	Basse	Total
Début de la grossesse.	—	1	—	1
2 mois lunaire	—	—	2	2
3 —	2	—	1	3
4 —	—	1	1	2
5 —	2	3	—	5
6 —	3	2	2	5
7 —	—	5	1	6
8 —	6	19	5	30
9 —	7	15	2	24
10 —	7	9	8	24
Fin de la grossesse	2	11	15	28

Durée de l'hémorrhagie a été notée 230 fois.

Hémorrhagie	Insert. totale	Partielle	Basse	Total
Au moment de l'entrée. . . .	—	1	—	1
Depuis le jour de l'entrée . .	4	10	10	24
Avant l'accouchement. . . .	—	1	2	3
Pendant l'accouchement. . .	—	7	11	18
Depuis 1 jusqu'à 2 jours. . .	3	7	1	11
Depuis 3 jours	—	1	1	2
Depuis plusieurs jours . . .	2	5	—	7
Depuis 1 semaine	1	9	4	14
Depuis 2 semaines.	4	4	—	8
Depuis 3 semaines.	4	7	2	13
Depuis 4 semaines.	2	4	2	8
Depuis plus de 4 semaines . .	5	12	4	21

Intensité de l'hémorrhagie : renseignements consignés dans 87 cas.

Abondance de l'hémorrhagie	Insert. totale	Partielle	Basse	Total
Faible.	1	4	2	7
Moyenne	—	1	—	1
Forte	5	14	6	25
Très forte.	3	8	4	17
D'abord faible, puis forte . . .	9	20	7	36
D'intensité variable	—	1	—	1

15 femmes arrivèrent très anémiées à la salle d'accouchements. Dans 4 cas, il est expressément noté qu'il ne survint aucune hémorrhagie.

Le diagnostic de placenta prævia fut exclusivement clinique. Il fut essentiellement basé sur l'état constaté dans l'examen qui dicta la conduite adoptée dans chaque cas particulier. On diagnostiqua placenta prævia central ou total quand, dans le voisinage de l'orifice externe, ou bien dans toute la zone accessible au doigt explorateur, il n'y avait que du placenta et qu'il fut impossible, sans lésion de tissu, d'atteindre les membranes. Le tissu placentaire débordait-il en un point latéral quelconque l'orifice externe, et pouvait-on

en même temps atteindre les membranes, le diagnostic posé fut celui de placenta prævia latéral ou partiel. Enfin, on qualifia d'insertion basse ou d'insertion latérale basse celle où l'arrière-faix arrivait au bord de l'orifice externe ou au voisinage de ce bord.

Variété de placenta prævia.

Placenta prævia	total	25	18,1 p. 100
— —	latéral ou partiel . .	70	50,7 —
— —	profond latéral . . .	43	31,0 —

On ne rencontra aucun exemple d'un *placenta cervical*, variété signalée par N. Weiss, Keilmann et Ponfick.

Siège du lobe placentaire qui se présentait, qui fut noté dans 103 cas de placenta prævia partiel et à insertion basse : à droite et en avant 4 fois, à droite et en arrière 17 fois, à gauche 18 fois ; à gauche et en avant 12, à gauche et en arrière 16, en avant 9, en arrière 15.

Présentations du fœtus.

Présentations	du sommet	89	63,1 p. 100
—	du siège et des pieds. . .	6	4,2 —
—	transversales	28	19,8 —
—	obliques	5	3,5 —
—	mobiles	4	2,8 —
—	indéterminées	9	6,3 —

D'autres fois, 3 fois, il s'agissait de jumeaux ; au point de vue thérapeutique, le fait le plus notable, c'est le grand nombre des présentations transversales.

Détail à noter : dans les cas de position longitudinale et de placenta prævia latéral, fréquemment la partie fœtale en présentation était déplacée vers le côté opposé au siège du placenta.

Complications relevées. — Prolapsus du cordon avant l'opération 7 fois, pendant l'opération 2 fois, prolapsus du cordon et prolapsus d'un bras 1 fois, prolapsus d'un bras 4 fois,

hydramnios 9 fois, bassin étroit 1 fois, myomes sous-séreux 5 fois. Pas d'éclampsie, pas d'embolie pulmonaire.

Marche du travail, opérations pratiquées, résultats pour les mères et pour les enfants.

MARCHE de L'ACCOUCHEMENT	INSERTION			MÈRES			ENFANTS			
	TOTALE	PARTIELLE	BASSE	VIVANTES	MORTES	TOTAL	VIVANTS	MORTS dans l'établissement	MORT-NÉS	TOTAL
Sans intervention	—	5	11	14	2	16	11	1 [1]	4 (3)	16
Tamponnement à la gaze iodoformée	—	1	—	1	—	1	—	—	1 [1]	1
Kolpeuryse (seulement)	—	1	3	4	—	4	2	1	1 [1]	4
Rupture des membranes (seulement)	—	2	5	7	—	7	4	2 [2]	1 (1)	7
Total des accouchements spontanés	—	9	19	26	2	28	17	4	7	28
Version interne avec extraction	5	6	5	14	2	16	5	4 1*b*	9 [1] (4)	18 *)
Version interne avec assistance manuelle	7	29	12	44	4	48	19	7 [1]	23 (5)	49 **)
Braxton-Hicks avec extr.	2	6	—	6	2	8	1	3	4 (3)	8
Braxton-Hicks avec assistance manuelle	9	13	4	24	2	26	1	3	22 [2] (3)	26
Version interne avec accouchement spontané	—	2	1	3	—	3	—	—	3 [2]	3
Présentation du siège, abaissement d'un pied et extraction	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Présentation du siège, abaissement d'un pied, assistance manuelle	1	2	2	5	—	5	1	1	3 (2)	5
Craniotomie	1	1	—	1	1	2	—	—	2 (2)	2
Décapitation	—	1	—	1	—	1	—	—	1 (1)	1
Total des accouchements opératoires	25	61	24	99	11	110	27	19	67	113
TOTAUX	25	70	43	125	13	138	44	23	74	141

Signification des signes : ( ) signifie que la mort du fœtus a été constatée avant l'accouchement ou avant l'opération, — [ ] signifie enfant avant terme, — *b* débilité manifeste de l'enfant, — *) 2 fois des jumeaux, — **) 1 fois des jumeaux.

28 accouchements furent spontanés, si l'on ne tient pas compte de certaines manœuvres (tamponnement à la gaze iodoformée, kolpeuryse, rupture des membranes) pratiquées en un certain nombre de ces cas.

2 mères moururent, soit 7,1 p. 100. La mortalité infantile atteignit 3,5 p. 100. Un enfant mourut du traumatisme de l'ac-

couchement. Ne sont comptés ni les enfants avant terme, ni ceux dont la mort avait précédé l'accouchement ou l'acte opératoire, l'intention étant d'apprécier les dangers de l'intervention.

Dans les accouchements avec opération, la mortalité maternelle atteignit 10 p. 100 (11 mères mortes), celle des enfants 52,2 p. 100 (59 enfants morts) : *a*) version interne suivie d'extraction, 2 mères mortes, mortalité 12,5 p. 100; enfants viables 7, soit 38,8 p. 100 ; *b*) version interne et assistance manuelle 4 mères mortes ou 8,3 p. 100 ; 24 enfants vivants ou 48,9 p. 100; *c*) Braxton Hicks et extraction mères mortes 2, mortalité 25 p. 100 (8 cas) ; enfants morts 4, soit 50 p. o/o; Braxton Hicks et assistance manuelle, mères mortes 2 ou 7,6 p. 100 (26 cas) ; enfants morts 20, 79 p. 100. Les résultats pour les mères furent avec la version suivie d'extraction plus mauvais qu'avec la version soutenue par l'assistance manuelle; ce fut l'inverse pour les enfants : de là, la grande mortalité infantile dans la Braxton Hicks avec assistance manuelle, parce que c'est dans cette opération qu'existe le plus long intervalle entre la version et l'accouchement.

Dans la grande majorité des cas où l'on fit la version, une fois la version faite, on attendit la sortie du tronc puis on aida manuellement à la terminaison de l'accouchement. L'extraction fut pratiquée pour des raisons spéciales : *a*) 2 fois la mère avait la fièvre, *b*) tamponnement insuffisant par un fœtus trop petit, *c*) 1 fois, hémorrhagie par décollement partiel du placenta, *d*) retour de l'hémorrhagie après version, *e*) 1 fois, l'arrière-faix se retourna dans le vagin et il y avait impossibilité à faire de la compression. En plusieurs cas, on procéda à l'extraction dans l'espoir d'avoir un enfant vivant. En d'autres, pour parer à des dangers courus par la mère et dans le but de hâter l'accouchement. Aussi, importe-t-il de ne pas mettre toujours au passif du procédé les résultats fâcheux, mais bien plutôt d'incriminer les circonstances graves qui ont forcé la main du chirurgien.

Des 2 craniotomies, l'une se fit sur la tête première, l'autre

sur la tête dernière. Celle-ci fut suivie de la mort de la mère.

Dans tous les cas de placenta prævia central, l'arrière-faix fut traversé. Jamais, dans ces cas, l'accouchement ne fut spontané. Une fois la version externe fut faite sur l'extrémité pelvienne. Dans aucun cas, on n'employa le forceps. Jamais on ne fit la version externe sur la tête fœtale. Jamais on ne recourut à l'hystéroryse sans autre manœuvre. On ne trouva jamais d'indication à une césarienne conservatrice ou à une césarienne à la Porro. L'*accouchement forcé* ne fut jamais employé.

Pour dilater l'orifice externe, 45 fois (32,6 p. 100), on utilise le colpeurynter de Braun une et plusieurs fois. Dans 5 cas, on appliqua un lacs sur le pied abaissé, 2 fois on fit le tamponnement cervico-vaginal, 1 fois on se servit de tiges de laminoire. Dans 2 cas de placenta prævia partiel et dans 5 d'insertion basse, on se borna à rupturer la poche des eaux.

Hémorrhagies atoniques : a) après version suivie d'extraction, 7 fois (3 Braxton Hicks, 1 fois des jumeaux) ; *b*) après version et assistance manuelle, 15 fois (5 Braxton Hicks). Ces hémorrhagies par atonie furent suivies de mort 3 fois après extraction, 2 fois après assistance manuelle, 2 atonies survinrent après accouchement spontané. Au total, l'*atonie* fut observée dans 29,1 p. 100 des extractions, dans 20,2 p. 100 des assistances manuelles.

Le tamponnement utérin et vaginal à la gaze iodoformée contre l'hémorrhagie par atonie fut fait 16 fois (plac. prævia total, 5 cas ; partiel, 8 ; insertion basse, 3). Dans 3 cas, on procéda à l'extirpation totale de l'utérus, par laparotonie 1 fois, par le vagin 2 fois. Les 3 cas furent suivis de mort.

Mode de sortie du placenta, noté dans 129 cas : *a*) spontané, 96 fois ; *b*) procédé de Crédé, 15 ; *e*) décollement manuel, 17 (13,1 p. 100) ; *d*) enlèvement manuel du placenta décollé, 1.

Indications à la délivrance manuelle : 1 fois, mauvais état général ; 5 fois, hémorrhagie atonique ; 3 fois adhérence ; 3 fois hémorrhagie et adhérence ; 1 fois elle fut faite sur le cadavre.

Moment de sortie du placenta.

Avant le fœtus	2 cas.
Avec	2 —
Immédiatement après le fœtus	12 —
5 minutes après le fœtus	15 —
10	29 —
15	20 —
20-25	12 —
30	8 —
1 heure	5 —
1 heure et demie	5 —

Dans 1 cas, l'expulsion spontanée se fit 12 heures et demie après.

Anomalies du placenta. — Insertion marginale du cordon, 3 fois; vélamenteuse, 2; placenta succenturié, 3; adhérence, 5; volume exagéré, 3; petitesse remarquable, 1; en fer à cheval, 1; semi-lunaire, 1; minceur remarquable, 1.

Suites de couches. Marche.

Suites de couches	Non examinées hors de l'établissement	Examinées au dehors	Douteux
Apyrétiques	24	70	5
Élévation de la temp. 1 à 2 fois	1	10	
Fièvre pour d'autres raisons	0	0	
Suites de couches fébriles	1	14	
Mortes	2	11	
	28	105	5

Des femmes non examinées au dehors, « cas purs », 24 ou 85,7 p. 100 restèrent apyrétiques; des femmes examinées au dehors, « cas impurs », 70, soit 66,6 p. 100. La grande majorité des parturientes appartenaient à la 2e catégorie; 105 femmes, soit 76 p. 100, avaient été examinées au dehors, cer-

taines plusieurs fois. Chez un certain nombre, on avait pratiqué un tamponnement avec de la ouate. Chez plusieurs même, on avait essayé de terminer l'accouchement chirurgicalement. En opposition avec ce groupe restent seulement 28 femmes (22,2 p. 100), qui n'avaient pas été examinées. A ce groupe appartient seulement un cas de suites de couches fébriles ; cause de la fièvre, paramétrite ; 2 des cas « purs » furent suivis de mort par rupture utérine dans les 2 cas. Des cas « *non purs* », 14 furent fébriles, soit 23 p. 100. Causes de la fièvre : 1 fois métrite, 2 fois résidus placentaires et endométrite ; 5 fois endométrite (seulement) ; dans les autres cas, le processus génital, cause de la fièvre, ne fut pas noté. 11 de ces 105 femmes moururent, 5 par septicémie, 6 par anémie. *Mortalité maternelle totale*, 9,4 p. 100 (13 morts). Ces cas se répartissent, par rapport au siège du placenta, comme suit :

Siège	Nombre	Pourcentage	Mortes		
I. Totale........	25	septicémie. anémie....	1 4	20	p. 0/0
I. Partielle.......	70	septicémie. anémie....	3 4	10	p. 0/0
I. Basse..........	43	septicémie.	1	2, 3	p. 0/0

Dans 3 cas, on constata des déchirures au niveau du segment inférieur de l'utérus, et 4 fois des déchirures profondes du col. Dans 5 de ces cas, mort par hémorrhagie, effet de rupture. Dans 2 cas (1 fois après rupture de l'utérus, 1 fois après déchirure perforante du col), péritonite. Dans 1 cas de rupture du segment inférieur de l'utérus, on procéda sans succès à l'hystérectomie vaginale totale ; dans d'autres cas, sans succès aussi à l'hystérectomie abdominale totale.

Le cas de septicémie (thrombo-phlébite) qui compliqua l'insertion basse du placenta suivit un accouchement spontané Dans 1 cas, après accouchement spontané, il fallut extraire le placenta. Et comme l'hémorrhagie persistait, on fit l'hystérectomie vaginale totale. Au niveau du segment inférieur de l'utérus existait une déchirure ; il s'agissait d'une primipare.

Dans un autre cas, au sixième jour des suites de couches, survint une hémorrhagie brusque, abondante. Une déchirure du col s'était produite (?). Une femme vint à la clinique, fébricitante déjà (grossesse à 5 mois). L'autopsie révéla des foyers purulents multiples : au total, 5 morts par septicémie, 8 par anémie. Les 5 cas de septicémie concernent des femmes examinées au dehors.

Enfants.

Siège du placenta	Nombre	Sortis vivants	Morts dans les 9 jours	Mort-nés
Total.	25	1	6	18
Partiel.	72	18	12	42
Bas.	44	25	5	14
	141	44	23	74

44 enfants sortirent vivants, 31,2 p. 100. Dans les 9 jours après l'accouchement (c'est-à-dire dans l'intervalle après lequel en général les femmes quittent la clinique), 23 enfants moururent, soit 16,3 p. 100 des enfants nés vivants, 74 étaient mort-nés.

Il a été déjà noté que pour une judicieuse appréciation de ces chiffres il convient de tenir compte de l'âge de l'enfant, c'est-à-dire de l'âge de la grossesse, et aussi des cas dans lesquels l'enfant avait succombé antérieurement à l'accouchement ou à l'intervention.

* * *

L'auteur, en terminant, rapproche son travail d'un travail antérieur de Doranth sur la même question, travail comprenant les faits observés à la même clinique de 1885 à 1895.

1° *Fréquence du placenta prævia.*

Époque	Accouchements	Placenta prævia	Pourcentage	Proportion
1885-1895	30.796	216	0,70	1,143
1896-1900	17.184	138	0,80	1,124
	47.980	354	0,73	1,135

2° *Proportion des avortements, accouchements prématurés, accouchements à terme.*

	1885-1895	1896-1900	Total
Cas	215	138	353
Avortements . . .	31 (14,4 p. 100)	12 (8,5 p. 100)	43 (12,3 p. 100)
Accouchements prématurés . .	115 (53,5 p. 100)	75 (54 p. 100)	190 (53,8 p. 100)
Accouchements à terme.	69 (32,1 p. 100)	51 (36,9 p. 100)	120 (33,9 p. 100)

Variété du placenta prævia.

	1885-1895	1896-1900	Total
Cas.	215	138	353
In. totale . . .	56 (26,0 p. 100)	25 (18,1 p. 100)	81 (23 p. 100)
Partielle. . . .	127 (59,1 p. 100)	70 (50,7 p. 100)	197 (55,8 p. 100)
I. latérale basse	32 (14,9 p. 100)	43 (31,0 p. 100)	75 (21,2 p. 100)

Présentations.

	Présentations du sommet	Présentations transversales et obliques
1885-1895.	139 (62,6 p. 100)	45 (20,3 p. 100)
1896-1900.	89 (63,1 p. 100)	33 (23,3 p. 100)
Sur 363 fœtus . . .	228 (62,8 p. 100)	78 (21,4 p. 100)

Opérations : de 1885 à 1895, on fit 139 fois la version sur l'extrémité pelvienne ; de 1896 à 1900, 98 fois. Dans les dernières années, on se borna plus souvent à faire la version, à laisser le tronc sortir, puis à aider simplement qu'à faire suivre la version de l'extraction immédiate.

1885-1895	1896-1900
47 ou 33,8 p. 100, extraction	24 ou 24,5 p. 100
92 ou 66,2 p. 100, assistance manuelle (seulement)	74 ou 75,5 p. 100

Des 216 femmes (1re série) atteintes de placenta prævia, 20, soit 9,3 p. 100, moururent ; des 138 de la 2e série atteintes de placenta prævia, 13, soit 9,4 p. 100, donc mortalité *maternelle* à peu près égale.

Causes de la mort : 1re série, septicémie, 7; anémie, 13; 2e série, septicémie, 5; anémie, 8; moyenne générale, 33 morts; *a*) septicémie, 12; *b*) anémie, 21.

Enfants.

De 1885 à 1895, de 222 enfants, 66, soit 29,7 p. 100, quittèrent vivants la clinique; 156, soit 70,3 p. 100, étaient mort-nés ou bien succombèrent dans les 9 jours après l'accouchement. De 1896 à 1900, de 141 enfants, 44, soit 31,2 p. 100, sortirent vivants, 97 ou 68,8 p. 100 étaient mort-nés ou moururent dans les 9 jours après l'accouchement. De 1885 à 1895, 41 enfants vinrent au monde spontanément. De ce nombre, 18 ou 43,9 p. 100 sortirent vivants de la clinique, tandis que 23 ou 56,1 p. 100 naquirent mort-nés ou moururent dans les 9 jours. De 1896 à 1900, 28 enfants naquirent spontanément, 17 ou 60,7 p. 100 sortirent vivants de la clinique, tandis que 11, soit 39,3 p. 100, étaient mort-nés ou moururent dans les 9 jours.

Rapport des accouchements spontanés aux accouchements opératoires.

	Spontanés	Opératoires
1885-1895.	40 (18,5 p. 100)	176 (81,5 p. 100)
1896-1900.	28 (20,3 p. 100)	110 (79,7 p. 100)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Société anatomique (*suite*) (1).

Hernie diaphragmatique congénitale chez un nouveau-né, par M. Constantin Daniel, interne des hôpitaux (p. 422). — Enfant du sexe féminin, pesant 2.900 grammes.

Antécédents héréditaires. — Père, bien portant. Mère, n'a pas d'antécédents physiologiques anormaux, pas de maladie générale grave. Pendant sa dernière grossesse, elle a présenté une éruption pigmentaire sur les membres inférieurs et à la base du cou. Malgré la négation d'accidents primitifs et secondaires, nous avons cru pouvoir poser le diagnostic de syphilis. La mère a eu 7 grossesses, dont 5 du même père avec enfants à terme et vivants et les deux dernières d'un père différent. Elle a accouché en 1899 d'un enfant à terme, mort-né ; le dernier enfant, dont nous rapportons l'autopsie, est né en 1901, à terme au 278e jour, avec signes de mort apparente.

Enfant. — Le travail avait duré 3 heures 15 et l'expulsion 15 minutes. Immédiatement après la naissance, les battements du cordon sont assez forts, l'enfant pousse quelques cris faibles, il est pâle et respire mal.

On lie le cordon 2-3 minutes après, l'enfant tombe en état de mort apparente et on essaie de le ranimer. L'insufflation, la flagellation, les bains chauds sinapisés, les tractions de la langue pendant 1 heure, n'ont pu amener de résultat.

Annexes. — Les annexes ne présentent rien d'anormal : le *placenta* pèse 400 grammes, on observe quelques noyaux blancs. Le *cordon* a une insertion excentrique, sa longueur est de 54 centimètres. Les *membranes* sont normales.

Autopsie. — *Abdomen.* A l'ouverture du ventre, on est frappé de l'absence de l'intestin grêle. Seul un gros cylindre vert foncé, mou, plein, apparaît dans l'abdomen : c'est la portion terminale

(1) Voir ces *Annales*, juillet, 1902, p. 36.

du gros intestin distendu par le méconium. En suivant le côlon descendant, on voit qu'il pénètre dans la cage thoracique par une ouverture du diaphragme.

Les autres viscères abdominaux (foie, estomac, rate, pancréas, rein) occupent leur situation normale. A la coupe, on n'observe aucune particularité. Le foie paraît sain.

Thorax. — En désinsérant le diaphragme le long du rebord costal, on voit une modification dans les rapports des organes thoraciques : le cœur est dévié à droite, le poumon gauche est soulevé et refoulé contre la paroi costale. Tout l'intestin grêle et la partie du gros intestin, comprise entre le cœur et le côlon descendant, font hernie dans la cavité thoracique et remplissent tout le côté gauche.

Diaphragme. — Le diaphragme nous paraît être le seul organe atteint de malformation congénitale. L'orifice herniaire est situé à la partie postérieure et gauche du diaphragme, entre sa portion costale et sa partie vertébrale. Il paraît s'être développé aux dépens du faisceau musculaire du ligament en totalité. C'est ce même orifice que Farabeuf, Tuffier, Lejars ont décrit sous le nom de hiatus costo-lombaire.

Cette portion non développée du diaphragme, de forme ovalaire, limitée par un bord régulier et tendu, présente des dimensions à peine supérieures à celles d'une pièce de 50 centimes.

Comme dans les autres hernies congénitales par arrêt de développement (hernie ombilicale embryonnaire) et pour les mêmes raisons, il n'existe pas de sac herniaire : le péritoine ne s'est pas développé au niveau de l'hiatus dans lequel s'engageait l'intestin.

L'autopsie du *cerveau* n'a pas été faite.

Cette observation nous paraît intéressante parce qu'elle met en évidence :

La fréquence moins grande des hernies diaphragmatiques congénitales, comme le prouvent les statistiques de Grange (*Contribution à l'étude de quelques variétés de hernies rares au point de vue de leur siège.* Thèse de Lyon, 1896) ;

Le siège à gauche de cette hernie, comme il arrive dans la majorité des cas ;

Le volume considérable de la portion de l'intestin herniée ;

Enfin et surtout la possibilité de l'influence pathologique du

père différent et de la mère, qui actuellement présente une éruption suspecte, sur les deux dernières grossesses : enfant mort-né d'abord, puis enfant né avec symptômes de mort apparente et hernie diaphragmatique.

Carcinome du sein à marche rapide, par MM. PÉRAIRE et LEFAS (p. 482). — Mlle E..., employée de commerce, âgée de 35 ans, est atteinte d'une tuméfaction du sein droit survenue à la suite d'un traumatisme direct datant de sept mois. La tuméfaction mammaire s'est produite un mois après. Elle était d'abord du volume d'un œuf de poule.

Aujourd'hui 6 juillet 1901, elle est comme une très grosse orange. Elle englobe toute la glande mammaire. Elle fait corps avec la surface cutanée dans toute son étendue. Elle est mobile sur les parties profondes. Elle est indurée sur tous ses points, excepté au-dessous du mamelon où existe une saillie du volume d'une grosse noix, de coloration violacée et de consistance molle, quasi-fluctuante.

Cette tumeur n'a jamais été très douloureuse ; elle est gênante par son poids ; néanmoins depuis trois jours elle se manifeste par quelques élancements.

Il existe de nombreux ganglions dans l'aisselle correspondante. Il y a cinq mois, il sortit un liquide rosé par le mamelon.

Cet écoulement se fit pendant dix jours et se renouvela de temps en temps. La compression de la glande mammaire ou le décubitus simple sur le côté droit produisait un véritable jet de liquide sanguin. Au moment des règles l'écoulement s'arrêtait.

Rien comme antécédents héréditaires ou personnels.

La malade s'est traitée médicalement jusqu'à présent par l'application externe de pommades et la liqueur de Fowler à l'intérieur. Un pharmacien, croyant à un abcès au point sus-mamelonnaire saillant, donna un coup de lancette à son niveau. Il s'écoula du sang.

Le diagnostic auquel nous nous arrêtons, en concordance parfaite avec les docteurs Netter et Reblaud qui avaient eu l'occasion de voir la malade, est *sarcome du sein à marche aiguë*.

Le 8 juillet, opération, avec l'aide de MM. Longuet et Sudaka. M. Boureau donne le chloroforme. Je fais l'ablation de la mamelle cancéreuse par la méthode d'Halsted en commençant l'intervention par le curage très approfondi du creux axillaire.

Réunion immédiate, drainage, pansement aseptique.

A la coupe, la tumeur présente un aspect absolument noirâtre, confirmant le diagnostic de sarcome mélanique. Les jours suivants, apyrexie. Suites très simples. Guérison parfaite le 17 juillet.

Examen histologique. — La peau de la région mammaire présente un épithélium normal ; dans le derme, les capillaires sont entourés de cellules rondes. On constate aussi des traînées de pigment hématique.

On voit des lobules constitués par des cellules carcinomateuses polymorphes dont certaines sont en voie de division ; ces lobules sont infiltrés d'éléments lymphatiques ; on constate des phénomènes de chromatolyse de ces derniers, très marqués.

L'aspect acineux de l'épithélioma n'est visible qu'en de rares points ; en ces derniers les acini cancéreux sont dissociés par de fins tractus fibreux.

L'aspect est donc celui d'un épithélioma ayant subi dans presque tous ses points la transformation carcinomateuse.

Les ganglions sont volumineux ; les centres germinatifs sont énormes, entourés d'une épaisse couronne d'éléments lymphatiques, mais on ne voit pas de cellules néoplasiques.

Les coupes portant à la périphérie de la tumeur sur du tissu fibreux dense montrent des lobules mammaires avec prolifération cellulaire simple.

La tumeur est très riche en glycogène.

Cette tumeur nous a paru intéressante à cause de son évolution rapide, à cause de son aspect noirâtre à la coupe et aussi à cause de l'état des ganglions axillaires qui sont, non pas dégénérés, mais enflammés. Enfin cette sorte d'éjaculation sanguine répétée, se faisant par le mamelon et disparaissant au moment des règles, méritait d'être signalée.

Malformations congénitales multiples chez un nouveau-né, par M. A. Katz (p. 485). — Il s'agit d'un enfant né à terme et mort aussitôt après sa naissance. Cet enfant présente un certain nombre de vices de conformation d'importance diverse.

Les deux mains présentent de la syndactilie membraneuse, c'est-à-dire qu'elles ont gardé en partie l'aspect de « main palmée » qu'elles avaient au début du développement ; la membrane inter-

digitale, au lieu d'être refoulée jusqu'au tiers supérieur de la première phalange, est à peine remontée et elle recouvre toute la première et seconde phalange des quatre doigts de chaque main.

La membrane interdigitale est mince, formée de deux feuillets de peau adossés l'un à l'autre et permettant facilement d'explorer les phalanges cachées par la membrane. Ces phalanges ont leur longueur normale et sont libres entre elles, ce qui permet aux phalanges recouvertes des mouvements indépendants. Les deux *pieds* sont bots en varus.

L'*anus* manque ; sa place est indiquée par une petite fossette située au niveau du raphé périnéal, immédiatement en arrière du scrotum; le rectum se termine en cul-de-sac ; il n'y a pas d'abouchement normal de ce conduit.

On a souvent cité (1) des modifications du squelette pelvien dans les cas de malformation ano-rectale ; notre cas en est un exemple remarquable : la *symphyse pubienne* manque en effet ; les deux pubis sont écartés l'un de l'autre, et une forte membrane fibreuse large de 2 centimètres environ relie un pubis à l'autre.

Mais la malformation la plus remarquable de notre sujet siège au niveau des paupières. Aux lieu et place des deux paupières normales contenant l'œil, le globe oculaire est recouvert chez notre sujet par un pont de surface tégumentaire qui descend de l'arcade sourcilière pour se continuer sans transition aucune avec les téguments de la région malaire. Il y a en un mot *soudure totale* — ankyloblépharon — des deux paupières.

Ce qui rend cette anomalie intéressante, c'est le fait de la *soudure totale et directe* des deux paupières.

On sait en effet que les deux paupières de l'homme se soudent vers le troisième mois de la vie fœtale et que cette soudure aboutit à la fermeture du sac conjonctival. Cette soudure est passagère; avant la naissance en effet les paupières se séparent de nouveau.

Or, les seuls cas de soudures que nous avons pu trouver dans la littérature ont tous trait à deux catégories de faits :

Tantôt il s'agit de *soudure partielle*, et c'est le cas le plus fréquent ; d'autres fois — très rarement — nous avons trouvé men-

---

(1) ROUX, *De l'imperforation de l'anus*, thèse Montpellier, 1844; GOYRAUD, *Gazette médicale*, 1856.

tionnée la soudure totale, mais dans tous les cas publiés on trouve signalée l'existence d'une membrane d'aspect muqueux interposée entre les paupières dont les bords libérés restent distants de plusieurs millimètres.

Or, ici la soudure est totale, et il n'y a pas interposition de membrane; de plus on ne voit dans notre cas aucune trace de cils.

Kyste du parovarium simulant une salpingite, par M. Celos (p. 621). — En faisant une autopsie, j'ai trouvé un kyste qu'on aurait pu prendre à première vue pour une salpingite.

L'utérus présente un petit fibrome. Les annexes du côté gauche n'ont rien, la trompe est longue.

A droite, l'ovaire est normal. La trompe est très longue. Dans son tiers externe, elle présente une tumeur ronde pleine de liquide transparent et qui a le volume d'une orange. Cette tumeur n'avait aucune adhérence avec les parties voisines, sauf la trompe. Elle présente du côté opposé à celui où la trompe l'aborde les franges du pavillon étalées à sa surface, et l'on voit très bien aussi la *frintoria ovarica.*

On pourrait donc croire que la trompe est oblitérée à son tiers externe et au pavillon et présente là une collection développée dans son intérieur.

Or, il n'en est rien, on peut sentir la trompe contourner la tumeur et arriver au pavillon sous forme d'un cordon dur.

En fendant le kyste, le liquide sous pression s'écoule, et la trompe apparaît libre et reliée à la surface du kyste par un tractus péritonéal en forme de méso. Elle mesure 20 centimètres.

Il s'agit donc d'un kyste développé aux dépens du parovarium probablement. Il présente quelques végétations dans son intérieur.

Topographie des ganglions ilio-pelviens, par MM. B. Cunéo et M. Marcille (p. 653). — La plupart des classiques ne fournissent que des données très vagues sur la topographie exacte de ganglions du bassin. De plus, la désignation de ces différents groupes ganglionnaires et de leurs éléments constituants varie pour ainsi dire avec chaque auteur. De ce désaccord résulte la plus grande obscurité et, lorsque au cours de la description d'un procédé opératoire ou de la relation d'une autopsie, on vient à parler des lésions des ganglions pelviens, il est souvent impossible de savoir

quels sont les ganglions auxquels il est fait allusion. Aussi nous a-t-il paru intéressant de chercher à fixer la topographie exacte des ganglions pelviens et de proposer une systématisation et une nomenclature précise de ces ganglions. Nos recherches ont porté sur 16 bassins d'adultes et sur plus de 100 bassins de nouveau-nés. Sur près de 1/5 des pièces les lymphatiques ont été préalablement injectés par la méthode de Gérota.

Sous le nom de ganglions ilio-pelviens nous décrivons les ganglions situés dans la cavité pelvienne ou placés à la jonction de celle-ci et des fosses iliaques, au niveau du détroit.

D'une façon générale les ganglions ilio-pelviens se disposent assez régulièrement autour des vaisseaux. Nous nous baserons sur cette systématisation paravasculaire pour les diviser en trois grands groupes : les ganglions iliaques externes qui flanquent les vaisseaux de ce nom, les ganglions hypogastriques, disséminés sur le tronc et les branches de l'artère iliaque interne ; les ganglions iliaques primitifs placés autour des vaisseaux homonymes.

I. — Ganglions iliaques externes

Les ganglions groupés autour des vaisseaux iliaques externes présentent une disposition générale constante. On peut les considérer comme formant trois chaînes plus ou moins continues : une chaîne externe, une chaîne moyenne et une chaîne interne.

Pour bien comprendre la topographie de ces ganglions, il est indispensable de rappeler la situation des vaisseaux iliaques externes. L'artère et la veine sont nettement placées en dedans du muscle psoas et ne reposant pas sur ce muscle, comme on le dit trop souvent à tort. Ils surplombent la cavité pelvienne et rétrécissent le détroit supérieur.

A. Chaine externe. — La chaîne externe comprend 3 à 4 ganglions qui tendent à s'insinuer entre le bord interne du psoas et l'artère iliaque externe. Le ganglion inférieur de cette chaîne est placé immédiatement en arrière de l'arcade crurale. Il repose sur le segment terminal de l'artère iliaque externe et recouvre l'origine de la circonflexe iliaque et de l'épigastrique. C'est au-dessous de lui que le génito-crural se divise en ses deux branches terminales. On peut désigner ce ganglion sous le nom de ganglion rétro-crural externe. Son volume est toujours assez considérable. Il est

parfois remplacé par deux ganglions plus petits dont le plus interne constitue alors l'origine de la chaîne moyenne.

Les ganglions sus-jacents sont logés dans l'interstice qui sépare l'artère iliaque externe du bord interne du psoas.

B. Chaine moyenne. — La chaîne moyenne comprend deux ou trois ganglions, placés sur la face antérieure de la veine iliaque externe. Lorsqu'il n'y a que deux ganglions, le plus inférieur d'entre eux est situé à égale distance de l'arcade et de la bifurcation de l'iliaque primitive. Le ganglion supérieur est placé immédiatement en avant de l'origine de l'iliaque interne. Il est ordinairement recouvert par l'uretère. Ces deux ganglions se placent parfois sur la face interne de la veine et tendent ainsi à tomber dans la cavité pelvienne. Lorsqu'il existe un troisième ganglion, il est placé immédiatement derrière l'arcade dans le sillon qui sépare l'artère iliaque externe de la veine correspondante. Ce ganglion représente alors le segment interne du ganglion rétro-crural externe qui s'est isolé et est devenu indépendant. Ce ganglion peut être désigné sous le nom de ganglion rétro-crural moyen. Il fait défaut dans près des deux tiers des cas.

En résumé, la chaîne moyenne comprend trois ganglions : un inférieur inconstant, un moyen et un supérieur constant.

C. Chaine interne. — La chaîne interne est formée par trois à quatre ganglions. Elle est placée au-dessous de la veine iliaque externe, contre la paroi latérale de l'excavation pelvienne immédiatement au-dessus du nerf obturateur. Le ganglion inférieur de cette chaîne est situé en arrière de la partie interne ou lymphatique de l'anneau crural. Il repose sur la partie terminale de la ligne innominée. Il fait suite au ganglion de Cloquet ou lorsque celui-ci fait défaut aux ganglions inguinaux profonds. On peut désigner ce ganglion sous le nom de ganglion rétro-crural interne. Le ganglion sus-jacent (ganglion moyen) est remarquable par son volume et sa constance. Allongé en fuseau, il est situé sur un plan un peu inférieur à celui du précédent, comme si son poids l'entraînait dans la cavité pelvienne. Il est immédiatement sus-jacent au nerf obturateur. Le troisième ganglion (ganglion supérieur), ordinairement plus petit, est placé en arrière du précédent, en avant du tronc de l'artère iliaque interne.

Cette chaîne peut être réduite à deux ganglions et même à un seul par fusion de ses éléments constituants. C'est ainsi que dans

certains cas nous avons trouvé un énorme ganglion allongé couché sur la paroi latérale du bassin et s'étendant du ligament de Gimbernat à l'artère hypogastrique.

La plupart des auteurs décrivent cette chaîne interne comme appartenantau groupe de ganglions hypogastriques. Cette manière de voir nous paraît inexacte. Bien que prolabée dans le bassin, cette chaîne fait manifestement suite aux ganglions inguinaux profonds et reste satellite de la veine iliaque externe, comme le montre bien le schéma ci-joint. Elle fait partie intégrante du grand courant lymphatique qui monte des membres inférieurs vers la région lombaire.

A cette chaîne on peut rattacher un petit ganglion inconstant placé au-dessus du nerf obturateur au niveau même de l'orifice interne du canal sous-pubien. Ce ganglion qui reçoit les lymphatiques obturateurs est appendu par ses efférents au bord inférieur du gros ganglion moyen de la chaîne interne. C'est à ce ganglion qu'il faut réserver le nom de ganglion obturateur. Cette question du ganglion obturateur a soulevé de nombreuses discussions. Cruveilhier a le premier signalé l'existence d'un ganglion au niveau de l'orifice interne du canal sous-pubien. « Je signalerai, dit-il, comme constant, un ganglion assez volumineux qui occupe l'orifice interne du canal ovalaire et que j'ai vu fréquemment enflammé ou induré dans les maladies de l'utérus. On peut l'appeler ganglion du trou ovalaire. Bouilly, Alphonse Guérin, admirent l'existence de ce ganglion, lui décrivirent des afférents venant de l'utérus et lui firent jouer un rôle important dans la pathogénie de certaines variétés de phlegmons péri-utérins. Par contre, Sappey ne signale aucun ganglion au niveau de l'entrée du canal sous-pubien.

M. Poirier a depuis longtemps fait remarquer qu'il n'existe normalement aucun ganglion en ce point. Nous regardons donc le petit ganglion signalé plus haut comme ayant une existence anormale. Il est d'ailleurs vraisemblable que le ganglion « volumineux » et « constant », dont parle Cruveilhier n'est point le ganglion minuscule en question. Cet anatomiste a dû vraisemblablement avoir en vuele ganglion moyen de la chaîne interne qui est situé à environ 15 à 20 millimètres en arrière et au-dessous de l'entrée du canal.

Vaisseaux afférents. — Ces trois chaînes iliaques externes reçoivent des afférents distincts.

La *chaîne externe* reçoit des efférents des ganglions inguinaux

superficiels et profonds, des lymphatiques venus du gland ou du clitoris et arrivant par le canal inguinal, certains lymphatiques profonds de la portion sous-ombilicale de la paroi abdominale satellites de l'artère épigastrique et de l'artère circonflexe iliaque. Tous ces lymphatiques se terminent dans le ganglion rétro-crural

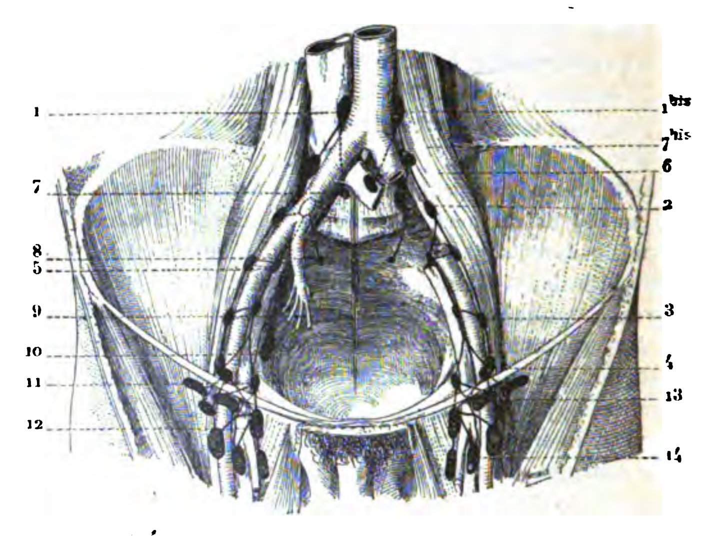


Schéma de la topographie des ganglions pelviens.

1 et 1 *bis*, ganglions inférieurs des groupes latéro-aortiques droits et gauches. — 2, ganglion iliaque primitif (groupe externe). — 3, maillon moyen de la chaîne externe des iliaques externes. — 4, ganglion rétrocrural externe. — 5, ganglion de la chaîne moyenne des iliaques externes. — 6, ganglion de la fosse du nerf lombo-sacré. — 7 et 7 *bis*, groupe du promontoire ; à droite, le ganglion est sous la veine iliaque primitive gauche ; à gauche, le ganglion est audevant de cette même veine. — 8, groupe sacré latéral. — 9, groupe de la palmure hypogastrique. — 10, ganglion de la chaîne interne des iliaques externes (ganglion du nerf obturateur). — 11, ganglion rétrocrural interne. — 12, ganglion inguinal profond. — 13 et 14, ganglions inguinaux superficiels.

externe ; les ganglions sus-jacents de la chaîne représentent simplement des ganglions interrupteurs placés sur le trajet des efférents de ce premier ganglion.

La *chaîne moyenne*, lorsqu'elle est réduite à deux ganglions, comme cela est la règle, reçoit d'abord deux pédicules, l'un interne, l'autre externe, qui lui viennent des deux ganglions rétro-cruraux correspondants. De plus, elle reçoit les lymphatiques de la vessie de la prostate, du col utérin et de la partie supérieure du vagin.

La *chaîne interne* reçoit une partie des efférents des ganglions inguinaux ; certains lymphatiques profonds du gland et du clitoris, arrivant dans le pelvis par le canal crural ; quelques collecteurs profonds de la portion sous-ombilicale de la paroi abdominale ; des lymphatiques satellites des vaisseaux obturateurs ; des lymphatiques venant du col vésical de la prostate et de la portion membraneuse de l'urèthre et enfin quelques efférents des ganglions hypogastriques.

Comme on le voit, les lymphatiques à point de départ pelvien aboutissent à la chaîne interne et à la chaîne moyenne et n'arrivent point jusqu'à la chaîne externe. La terminaison dans la chaîne interne qui est franchement intra-pelvienne n'a rien qui puisse nous étonner. Il est plus singulier de voir certains vaisseaux émanés des parties basses de la cavité pelvienne aboutir à la chaîne moyenne, alors qu'ils croisent sur leur route la chaîne interne. Cette terminaison dans la chaîne moyenne s'explique par l'embryologie. Elle tient à ce que chez le fœtus certains organes comme la prostate et le vagin, par exemple, sont abdominaux, et ne deviendront pelviens que chez l'adulte. Leurs lymphatiques n'ont à ce moment qu'un trajet très court à parcourir pour atteindre la chaîne moyenne. Plus tard, lorsque ces organes s'enfoncent dans le bassin, ces vaisseaux acquièrent secondairement un trajet plus long et plus compliqué.

II. — Ganglions iliaques internes ou hypogastriques

Les ganglions hypogastriques sont appendus aux branches de l'artère de ce nom. Leur nombre est assez variable ; ils sont placés près de l'origine des différentes branches de l'artère iliaque interne au niveau des angles que ces branches limitent en s'écartant les unes des autres. Le plus antérieur de ces ganglions est logé près de l'origine de l'artère ombilicale. Le ganglion suivant est placé au niveau de la naissance de l'artère utérine ou de l'artère prostatique. Un troisième est placé sur le tronc commun de l'ischiatique et de la honteuse. On en trouve ordinairement un quatrième sur le trajet de l'artère hémorroïdale moyenne, mais ce ganglion est placé en dedans des précédents et est presque accolé à la paroi latérale du rectum. On peut le désigner sous le nom de *ganglion hémorroïdal moyen*.

Il existe un cinquième groupe placé au niveau du deuxième et du troisième trou sacré sur le trajet de l'artère sacrée latérale. Ce groupe *sacré latéral* comprend ordinairement de deux à trois ganglions. Enfin on rencontre un dernier ganglion placé à l'origine de la fessière. Nous le désignerons sous le nom de ganglion *fessier intrapelvien*.

Tous ces ganglions sont contenus dans l'épaisseur de la gaine hypogastrique et font saillie soit sur la face externe, soit beaucoup plus souvent sur la face interne de cette aponévrose. De multiples anastomoses unissent tous ces ganglions.

Vaisseaux afférents. — Les ganglions hypogastriques reçoivent des afférents de tous les viscères pelviens : portions membraneuse et prostatique de l'urèthre, prostate, vessie, vésicule séminale et canal déférent, vagin, utérus et rectum. Tous ces vaisseaux sont plus ou moins satellites des artères que l'hypogastrique envoie à ces différents viscères. Ils reçoivent également des vaisseaux des parties profondes du périnée, de l'urèthre périnéal, de l'anus et les lymphatiques profonds de la région fessière et de la face postérieure et de la cuisse.

III. — Ganglions iliaques primitifs

Les ganglions iliaques primitifs doivent être répartis en trois groupes : un groupe externe, un groupe moyen, un groupe interne.

Le *groupe externe* comprend généralement deux ganglions placés en dehors de l'artère sur le bord interne du psoas. Ce groupe prolonge en haut la chaîne externe des ganglions iliaques externes et se continue d'autre part avec le groupe juxta-aortique du côté correspondant.

Le *groupe moyen* (groupe profond ou rétro-vasculaire, groupe de la fosse lombo-sacrée) comprend trois à quatre ganglions placés en arrière des vaisseaux. Ces ganglions sont logés dans la graisse abondante qui remplit la fosse lombo-sacrée. Cette fosse est limitée de la façon suivante : en dedans par le corps de la cinquième vertèbre lombaire, en dehors par le psoas. Son fond est formé par la face supérieure de l'aileron du sacrum. Le toit de cette fosse est constitué par les vaisseaux iliaques primitifs qui s'infléchissent en passant au-dessus de cette excavation.

Le *groupe interne* constitue avec celui du côté opposé un groupe

impair et médian placé en avant du corps de la cinquième lombaire ou au niveau du disque qui unit cette vertèbre au sacrum. Nous le désignerons sous le nom de *groupe du promontoire*. Il est formé de deux amas distincts : l'un inférieur et droit, sous-jacent à la veine iliaque primitive gauche, l'autre supérieur et gauche reposant sur cette veine.

Vaisseaux afférents. — Le groupe externe et le groupe moyen des ganglions iliaques primitifs ne reçoivent comme afférents que les vaisseaux efférents émanant des trois chaînes iliaques externes et des ganglions hypogastriques.

Le groupe interne reçoit les efférents du groupe sacré latéral, mais il reçoit surtout de nombreux vaisseaux venant des différents organes pelviens. C'est ainsi qu'on y voit aboutir des lymphatiques venus de la prostate, du col vésical, du col utérin, du vagin et peut-être même du rectum. Tous ces vaisseaux décrivent un trajet sensiblement identique. Appliqués à leur origine sur le plancher pelvien, ils montent ensuite en avant du sacrum en cheminant un peu en dehors de la ligne médiane et arrivent aux ganglions du promontoire après un long trajet dont l'ensemble décrit une courbe assez régulière, concentrique à la concavité sacrée.

VAISSEAUX EFFÉRENTS DES GANGLIONS ILIO-PELVIENS

Les vaisseaux efférents à ces différents groupes ganglionnaires présentent les dispositions suivantes :

Les vaisseaux efférents de la chaîne externe des ganglions iliaques externes viennent se terminer dans le ganglion inférieur du groupe externe des ganglions iliaques primitifs. Les vaisseaux efférents de la chaîne moyenne se divisent en deux groupes : l'un externe, le plus important qui va se joindre aux efférents de la chaîne externe et partage leur terminaison. L'autre interne qui va s'unir aux vaisseaux efférents des ganglions de la chaîne interne. Les efférents de celle-ci passent sous l'artère iliaque interne puis sous la veine iliaque primitive et viennent se terminer dans le groupe moyen des ganglions iliaques primitifs.

Les vaisseaux efférents des ganglions hypogastriques se portent également en haut et en dehors et viennent se terminer, eux aussi, dans le groupe moyen des ganglions primitifs. Cependant quelques-uns de ces efférents aboutissent à la chaîne interne des ganglions iliaques externes ou aux ganglions du promontoire.

Quant aux ganglions iliaques primitifs, ils envoient les vaisseaux efférents dans les ganglions inférieurs des chaînes juxta-aortiques du côté correspondant.

Comme on le voit, les efférents des ganglions ilio-pelviens aboutissent tout en dernière analyse aux deux chaînes juxta-aortiques droite et gauche. La partie inférieure de ces deux chaînes représente un centre de convergence pour tous les vaisseaux efférents des groupes ganglionnaires que nous venons d'étudier.

Fibro-adénome encapsulé du sein, par MM. Péraire, ex-assistant de chirurgie, et Lefas, interne des hôpitaux. — Mme Y. J.... âgée de 27 ans, porteuse de pain, née à Paris, vient nous montrer le 23 juillet 1901 une tuméfaction qu'elle a dans le sein droit.

Cette tuméfaction visible à l'œil nu siège un peu en dehors de l'aréole. Elle est dure, mobile sous la peau et sur les parties profondes. Elle paraît indépendante de la glande mammaire. Elle est lisse sur toute sa surface, sauf en dehors, où elle présente une petite bosselure. Son volume est celui d'une mandarine. La peau qui la recouvre est de couleur normale, sauf à son centre où il existe quelques varicosités veineuses bleuâtres. Pas de rétraction du mamelon. Deux petits ganglions, un comme un pois, l'autre comme un grain de chènevis, se trouvent dans l'aisselle correspondante.

Le début de cette tumeur daterait de 2 ans environ. Elle n'a jamais été douloureuse si ce n'est depuis 4 à 5 jours. Les douleurs, très supportables d'ailleurs, se produisent autour de la tumeur et sous la région dorsale.

Antécédents. — Jamais de traumatismes. Rien comme antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans facilement et sans douleur ; mariée à 19 ans, elle a eu 3 enfants qu'elle a tous allaités. Au premier allaitement il se produisit de l'engorgement douloureux du sein droit, sans abcès.

Opération. — Le diagnostic que nous portons est *fibro-adénome du sein.* Ce même jour, avec l'aide du docteur Sainturet, après anesthésie cocaïnique, la tumeur très nettement encapsulée est facilement enlevée. Ablation de sa capsule, sutures au crin de Florence, drainage, pansement aseptique.

La malade est revue 8 jours après.

Le drain et les sutures sont supprimés. Guérison complète. Nous

revoyons la malade le 3 décembre. Les deux petits ganglions de l'aisselle ont complètement disparu.

Examen de la tumeur. — A la coupe la tumeur de la mamelle est absolument blanche ; elle présente une série d'élevures lui donnant un aspect chagriné, comme papillomateux. Par raclage, on obtient un peu de liquide lactescent.

M. Lefas, qui a bien voulu pratiquer l'examen histologique de la tumeur, nous donne la note suivante :

Examen histologique. — La tumeur est constituée par du tissu conjonctif dense, adulte, creusé de cavités les unes tubulées et étroites, les autres en forme de fentes étroites entourant à demi ou encore complètement un bourgeon fibreux saillant. D'autres ont une forme arrondie ou ovalaire.

Le revêtement de ces cavités est constitué par des cellules aplaties ou cubiques, rarement sur une seule rangée, plus souvent disposées en deux ou quatre assises. En beaucoup de points il y a végétation cellulaire sous forme d'amas de cellules entassées sans ordre, remplissant dans certaines cavités tout l'intérieur de ces dernières ; certaines cavités renferment des cellules libres seules ou en amas de trois à quatre et davantage.

En quelques endroits la limite profonde des cavités est peu nette et la prolifération cellulaire semble végéter vers la profondeur.

Il n'y a pas de figures de karyokinèse. La recherche du glycogène par la gomme iodée est négative.

Il s'agit en somme d'un fibro-adénome bénin en voie de développement actif.

D'après cette description, il faut conclure à la bénignité complète de cette tumeur.

Ce qui avait paru tout à fait remarquable, on le comprend, c'était son apparence franchement papillomateuse, ainsi que nous l'avons fait observer.

Nous signalerons en terminant l'utilité d'énucléer, avec la tumeur, la poche qui la double, suivant le procédé employé par nous ; car on évite ainsi l'évolution vers la malignité des cellules épithéliales pouvant exister dans la capsule de la tumeur elle-même, ou bien encore l'évolution de petits adénomes, qui se trouvent fréquemment dans la capsule de l'adénome principal.

Malformation utérine : utérus unicorne avec corne utérine, par

M. C. Girod, interne des hôpitaux (p. 665). — J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce de malformation utérine prise sur une malade du service de M. Lejars à l'hôpital Tenon.

Cette malade est entrée le 4 novembre 1901 pour une salpingite double ; opération le 16 novembre. M. Lejars commence par enlever les annexes gauches auxquelles adhère une tumeur solide de la grosseur d'une mandarine et implantée au point de réunion du fond et du bord gauche de l'utérus ; puis ablation des annexes droites et de l'utérus par une hystérectomie supravaginale.



Lorsqu'on examine la pièce, on ne voit à droite rien de bien particulier. A gauche les annexes sont adhérentes à une tumeur piriforme, dure, dont une extrémité, effilée, présente un orifice qui vient s'adapter à un orifice semblable du fond de l'utérus, tandis que sur l'autre extrémité, arrondie, on voit la naissance de la trompe Ouverte dans le sens de la longueur, cette tumeur présente en son milieu une cavité réunissant le corps de l'utérus à la trompe gauche.

L'*examen histologique*, fait par M. Aubertin, montre que l'on a affaire à du tissu utérin, composé d'une muqueuse reposant sur du tissu musculaire lisse. La muqueuse offre l'aspect typique de la muqueuse utérine, reconnaissable aux glandes tubuleuses, tapissées d'épithélium cylindrique, et qui s'enfoncent assez loin dans le chorion. La couche musculaire est normale, sans prolifération myomateuse et ne présente comme lésion qu'une légère augmentation de tissu fibreux autour des artères qui traversent le tissu utérin.

Nous sommes donc en face d'un utérus unicorne, dont la corne droite, bien développée, représente à elle seule tout l'utérus, tandis que la corne gauche, rudimentaire, est appendue à l'utérus et implantée au point où se trouvent normalement les annexes (1).

(1) Nous faisons les plus expresses réserves sur cette interprétation. H. V.

Pour les *antécédents* intéressants de cette malade, il nous faut mentionner ses grossesses. Notre collègue Vinsonneau, interne de M. Boissard, nous a obligeamment fourni des renseignements à ce sujet : trois grossesses, les deux premières furent un siège, la dernière, qui eut lieu le 19 septembre dernier, fut un sommet en droite postérieure. Y a-t-il une relation entre la malformation utérine et ces présentations par le siège, rares chez les primipares ? C'est possible : en tout cas, il y a là une coïncidence très intéressante à noter,

Volumineux polype fibreux du col utérin à évolution vaginale, par MM. J. Mouchotte et Berthier, internes des hôpitaux (p. 692). — La tumeur que nous présentons à la Société a été enlevée par notre maître M. Bazy, le 15 décembre 1901. Nous relatons l'histoire de la maladie et l'opération.

A. L..., 41 ans, ménagère, entre à Beaujon, dans le service de M. Bazy le 13 décembre. Aucun antécédent particulier.

A 15 ans, apparition des premières règles qui jusqu'au début de la maladie actuelle furent toujours régulières, non douloureuses, abondantes (durée 8 jours).

Trois grossesses (18, 21, 23 ans) à évolution normale. Les 3 enfants furent élevés au sein maternel (14, 6, 14 mois). Suites de couches toujours simples.

La malade n'avait jamais souffert dans le ventre, ni eu de pertes lorsque, il y a 14 mois, débuta l'affection qui la détermine à entrer à l'hôpital. Le début se fit par une très forte ménorrhagie, sans autre symptôme, et qui se reproduisit, quoique moins abondante, le mois suivant. Des métrorrhagies légères ne sont apparues qu'il y a 2 mois. Depuis 8 mois abondantes pertes blanches consistant parfois en un écoulement brusque d'une grande quantité de liquide aqueux et le plus souvent en un écoulement épais, jaunâtre. A aucun moment la malade n'a souffert, ni eu de coliques utérines. Les rapports sexuels — non douloureux, mais provoquant une hémorrhagie — ont dû être supprimés depuis un an. Enfin la malade n'a jamais éprouvé de sensation de plénitude ou de pesanteur dans l'excavation. Miction normale. Pas de constipation.

Le teint est légèrement jaunâtre.

Au toucher vaginal on arrive sur une masse rénitente, régulière, arrondie, remplissant la partie supérieure de l'excavation, en dis-

tendant le vagin. Le doigt là contourne facilement, passant entre elle et la paroi vaginale. En arrière on ne peut remonter haut sur cette tumeur. En avant on arrive sur un bourrelet aminci qui enserre son pédicule et qui paraît être la lèvre antérieure de l'orifice externe du col. Un hystéromètre guidé sur le doigt s'engage sous ce bourrelet et pénètre dans la cavité utérine à 5 centimètres de profondeur. L'examen au spéculum fait constater le pôle convexe de cette tumeur à surface congestionnée et présentant 2 petites ulcérations.

Opération. — Faite par M. Bazy, sous chloroforme. Morcellement par ablation de deux fragments conoïdes ayant chacun le volume de deux noix. On peut alors abaisser le reste de la tumeur et de l'utérus dont le col descend à la vulve. On a sous les yeux le pédicule du polype qui a environ 1 centimètre et demi de diamètre, et qui s'implante sur la paroi latérale gauche de la cavité cervicale au voisinage de l'isthme. On le coupe aux ciseaux. Le col forme un énorme bourrelet. Hystérométrie : 5 centimètres. Lavage de la cavité cervicale à l'eau bouillie. Tamponnement de cette cavité.

La tumeur, qui a la structure des polypes fibreux, pèse 250 grammes.

Les suites de l'ablation ont été simples, et actuellement la malade est en parfait état.

Pièce d'avortement tubaire (p. 713). — M. Bouglé présente à la Société une trompe utérine qu'il a enlevée le matin. Il s'agissait d'un avortement tubaire. Dans la cavité péritonéale se trouvait épanchée une petite quantité de sang liquide et en caillots. La malade avait seulement un retard de règles de 8 jours au moment où s'était produite l'hémorrhagie abdominale caractérisée par les symptômes habituels de l'hématocèle. Ce qui permet d'affirmer que dans le cas particulier il s'agissait d'un avortement et non de la rupture d'une grossesse tubaire, c'est précisément l'examen de la pièce présentée à la Société. On y voit en effet que l'orifice abdominal de la trompe est parfaitement perméable, limité par les franges qui forment autour une sorte de calice ; en incisant les trompes on a trouvé à l'intérieur, dans la portion ampoullaire, un caillot adhérent à la paroi et qui correspondait sans aucun doute au point d'implantation dans l'œuf.

Deux observations de polype fibreux de l'utérus avec fibromes interstitiels enlevés par l'hystérectomie abdominale juxtavaginale, par le Dr MAUCLAIRE (p. 713). — Une malade, âgée de 38 ans, entre salle Saint-Jean à l'Hôtel-Dieu le 18 décembre 1901. Parmi ses antécédents personnels, signalons une seule couche à l'âge de 20 ans. Au mois d'août dernier, petite phlébite de la jambe gauche ayant nécessité le séjour au lit pendant quelques jours. Au



Polype fibreux de l'utérus et fibromes interstitiels enlevés par l'hystérectomie abdominale juxtavaginale. — Une fois que l'utérus a été sectionné, les parois, qui n'étaient plus distendues par le polype, ont subi une très grande rétraction.

dire de la malade, c'est seulement vers cette époque qu'elle eut de douleurs abdominales assez intenses, des pertes utérines abondantes et fréquentes. Dans l'intervalle de celles-ci, elle perdait un liquide blanchâtre d'une façon continuelle. Son état général s'altéra un peu : elle devint très anémique. Actuellement, en effet, elle a un facies jaune blafard.

Par le palper hypogastrique on sent au-dessus du pubis une masse médiane remontant à 6 travers de doigt au-dessus de la symphyse et s'étalant très largement sur les côtés. Cette masse est très dure, pas nettement bosselée, peu mobile.

Au toucher vaginal, le col est assez gros ; l'orifice est un peu ouvert. Les culs-de-sac droit et gauche sont peu dépressibles ; ils sont occupés par une masse irrégulière empiétant même sur le cul-de sac postérieur, mais non douloureuse au toucher. Par le palper

bimanuel, on constate que la tumeur abdominale fait corps avec l'utérus. Pas de cathétérisme dans la cavité utérine. On pose le diagnostic de fibrome utérin interstitiel.

Opération le 25 décembre. — Par la voie abdominale, nous enlevons deux petites salpingites kystiques grosses comme des mandarines. Elles étaient appliquées contre la face postérieure du fibrome qui était dès lors plus petit que nous ne l'avions supposé. Il présente le volume de deux poings d'adulte réunis.

En incisant l'utérus au niveau de l'isthme nous tombons dans la cavité utérine contenant un gros polype fibreux en forme de boudin et s'insérant exactement sur le fond de la cavité du corps. Sa surface présente une coloration brunâtre et exhale une odeur un peu fétide. Nettoyage de la tranche de section avec de l'eau oxygénée. Suture et péritonisation du moignon utérin. Drainage abdominal.

Les suites de l'opération furent régulières pendant 8 jours et sans fièvre. Le 9e jour la malade fait une angine avec ascension brusque de la température (40°), puis une congestion pulmonaire durant 8 jours avec baisse de la température. Vingt jours après l'opération, la température remonte progressivement à 39°, et apparition d'une phlébite gauche, c'est-à-dire du même côté que celle que la malade avait présentée en août dernier. Elle dure quelques jours à peine et la malade guérit.

Voici la pièce : le polype fibreux part du fond de la cavité utérine. Son insertion est large, très épaisse (Voir la figure), sa forme est celle d'un véritable boudin. Sa surface présente une coloration grisâtre.

Dans la paroi postérieure de l'utérus, on trouve plusieurs fibromes interstitiels, dont un est gros comme une volumineuse noix.

Obs. II (résumée). — Une femme âgée de 44 ans entre le 15 janvier dans le service de M. Duplay que nous remplaçons. Rien de particulier à signaler jusqu'à l'âge de 36 ans, époque à laquelle elle eut une suppuration pelvienne ouverte spontanément dans le vagin. Deux fois cette suppuration se reproduisit et s'évacua spontanément par le cul-de-sac postérieur.

Il y a quatre ans les douleurs abdominales furent très violentes et fréquentes, les règles duraient 8 à 15 jours. Dans l'intervalle, la malade perdait un liquide blanc séreux très abondant. Anémie assez marquée.

A son entrée dans le service, la malade présente tous les signes d'un fibrome utérin gros comme les deux poings et présentant des bosselures à sa surface. A gauche, salpingite grosse comme une orange, et plaquée contre la tumeur fibreuse. L'orifice du col utérin n'est pas dilaté, mais l'hydrorrhée fait penser à un fibrome sous-muqueux.

OPÉRATION le 22 janvier. — Par la voie abdominale on enlève un gros fibrome et deux salpingites, celle de gauche est assez volumineuse, kystique et très adhérente au côlon pelvien, qui dut être détaché avec précaution. On pratique l'amputation juxtavaginale en ne laissant qu'une très petite tranche du col utérin. Péritonisation. Pas de drainage (guérison).

Voici la pièce. On note : *a*) un petit fibrome sous-séreux pédiculé sur la face antérieure ; *b*) plusieurs fibromes interstitiels dont un est gros comme une grosse pomme et siège dans la paroi antérieure ; *c*) un polype sous-muqueux à large base d'insertion et contenu dans la cavité du corps ; il a le volume d'une très grosse pomme de terre et distendait les parois utérines qui se rétractent après l'incision.

L'examen histologique du polype fait par M. Chevassu, interne du service, a montré qu'il s'agissait d'un fibrome.

Ces deux observations nous ont paru assez intéressantes à présenter à plusieurs points de vue. Tout d'abord signalons cette distension élastique des parois utérines qui revinrent fortement sur elles-mêmes après l'hystérectomie. Ces deux pièces montrent une fois de plus qu'étant donnée la large base d'insertion des polypes intra-utérins, l'ablation *totale* de ceux-ci par la voie vaginale, après dilatation utérine, est assez difficile, d'où une première cause de récidive. De plus, dans nos deux cas, outre le polype intra-utérin, il y avait plusieurs fibromes interstitiels. Ceux-ci, en devenant sous-muqueux, peuvent déterminer également une récidive.

Dans nos deux cas, nous avons préféré la voie abdominale pour la raison bien simple que l'on voit mieux ce que l'on fait, surtout étant donnée la coexistence des salpingites. Mais, assurément par la voie vaginale l'extirpation de l'utérus fibromateux eût été facile.

Ces deux observations viennent à l'appui de ce que M. Demons (1) avançait au dernier Congrès de chirurgie, à savoir : « que

(1) DEMONS, Choix de l'intervention dans le traitement des gros polypes fibreux de l'utérus. *Congrès de chirurgie*, 1901, p. 615.

dans les cas de gros polype fibreux si le corps de l'utérus est reconnu volumineux, bourré de fibromes, il est sage d'en débarrasser une fois pour toutes la malade en pratiquant l'hystérectomie abdominale subtotale ».

Ajoutons que si cette dernière opération semble actuellement préférée à l'hystérectomie abdominale totale, c'est parce qu'elle est plus bénigne. Toutefois elle ne peut pas être considérée comme représentant la cure radicale des tumeurs utérines quelles que soient leur forme et leur nature histologiques. En effet, après l'hystérectomie abdominale supra-vaginale, on a vu se développer ultérieurement, soit un fibrome dans le col utérin, soit un épithélioma (12 cas d'après Schenk) (1) dans la muqueuse du moignon utérin... Cela ne doit pas nous étonner, un utérus bourré de fibromes est un utérus prédisposé aux tumeurs conjonctives, musculaires ou épithéliales. En principe, l'hystérectomie abdominale totale serait donc préférable, car cette prédisposition n'est pas douteuse. La présence d'une salpingite double justifiait dans deux cas un traitement radical, aussi n'avons-nous pas songé à l'énucléation, soit abdominale, soit vaginale, recommandée actuellement par plusieurs chirurgiens.

REVUE ANALYTIQUE

De la prophylaxie de la mastite puerpérale (Zur Prophylaxe der puerperalen Mastitis). F. AHLFELD, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLVII, Hft. 2, p. 239. — L'auteur recommande vivement comme moyen prophylactique de la mastite puerpérale une solution alcoolique de tannin : alcool à 96°, 1.000 grammes ; tannin, 100 grammes. Tous les deux jours, chez toute femme enceinte, on lave aréole et mamelon avec de l'eau pure, on sèche avec soin, puis, avec un tampon d'ouate, imbibé de la solution tannique, on badigeonne aréole et mamelon. Cela fait, au moins dans la saison froide, la

(1) SCHENK, Des résultats éloignés de l'hystérectomie supra-vaginale pour myomes. *Archiv für Gynäk.*, t. LXII.

femme se place près d'un poêle bien chaud et laisse la solution sécher à l'air chaud avant de se revêtir.

Grâce à ce traitement prophylactique, on n'aurait pas observé, en deux ans, un seul cas d'abcès mammaire.

R. L.

Contractions partielles de l'utérus gravide simulant un myome. (Partielle Contractionen des schwangeren Uterus Myome vortäuschend). F. AHLFELD, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLVII, Hft. 2, p. 239.

OBS. — 41 ans. se présente à l'examen le 22 février 1902. Déjà, plusieurs fois, elle avait accouché à la policlinique, et, plusieurs fois, il avait fallu faire la délivrance artificielle. toujours compliquée de grandes pertes de sang. *Examen.* Femme forte bien constituée. mais pâle. Déjà, au cours de cette grossesse, il y a eu des hémorrhagies. Quelques jours avant l'accouchement, on est frappé par la minceur remarquable de la paroi abdominale. On peut apercevoir, par transparence, sur une grande étendue la paroi utérine, et l'on peut surtout constater une tumeur qui, à la palpation, paraît faire partie de la paroi de la matrice. Commençant un peu au-dessous de l'ombilic, elle forme une saillie. à direction verticale, longue de 8 centimètres, qui paraît dépasser de 2 à 3 centimètres le niveau de l'utérus, et dont la consistance ferme, dure, tranche sur la mollesse, la dépressibilité du tissu utérin environnant. On note encore qu'à gauche une zone plane, dure, ayant les dimensions d'une petite paume de main, se continue d'un côté avec la saillie précédente, tandis que, plus à gauche, elle se perd peu à peu dans la paroi molle de l'utérus.

L'accouchement, qui survint quelques jours après, commença par de fortes hémorrhagies liées à un placenta prævia et se termina par la mort de la femme. Or, l'*autopsie* permit de constater qu'il n'existait aucun épaississement d'une zone quelconque de la paroi utérine.

L'auteur note ce fait comme exemple de contraction partielle de l'utérus gravide pouvant créer l'illusion d'un myome et se produisant vers la fin de la grossesse, alors qu'il n'avait encore observé ce phénomène que durant les premiers mois de la gestation.

R. L.

Grossesse extra-utérine et rétention du fœtus mort dans la cavité utérine (Gravidanza extra-uterina e ritenzione di feto morto nella cavità dell'utero ?). A. BERTINO, *Annali di ost. e ginec*, 1902, nº 5, p. 523.

Une observation, curieuse au moins dans certains de ses détails, a servi de point de départ à cette étude. Voici le fait :

OBS. — Femme de 30 ans, admise à l'Institut obstétrico-gynécologique le

26 mars 1901. Menstruation régulière. Dernières règles 3 années et demie auparavant, mais aménorrhée physiologique, liée à 3 grossesses et aux allaitements successifs. Dernier accouchement le 25 avril 1898, suites de couches normales, d'ailleurs comme les précédentes.

Au cours du dernier allaitement, elle pensa, à cause de certains symptômes, qu'elle était de nouveau enceinte, et, par crainte de nuire à l'enfant, elle cessa d'allaiter le 13 mai. D'autre part, il lui parut que cette grossesse n'allait pas comme les autres (douleurs abdominales fréquentes, mouvements de l'enfant plus pénibles, *plus superficiels*). Le 1er novembre 1900, au matin, 6e mois de la grossesse suivant son calcul, elle fut prise, brusquement, de violentes douleurs abdominales, plus particulièrement localisées dans le flanc gauche, de pertes de connaissance, etc. Comme, la veille, la femme avait mangé des champignons, la première idée fut qu'il s'agissait d'un empoisonnement, idée qui fut admise par le médecin appelé, lequel fit une médication dans ce sens (émétique) qui resta sans effet. Durant 3 jours, douleurs abdominales et pertes de connaissance se reproduisirent avec la même intensité, en dépit de l'administration des narcotiques et des calmants. A partir de ce moment, la femme ne perçut plus les mouvements actifs du fœtus, elle nota simplement que la masse formée par le corps du fœtus s'était déplacée vers la fosse iliaque gauche, où elle tendait plutôt vers la ligne médiane. Les premiers trois jours passés, les symptômes les plus notables furent des vomissements et une constipation rebelle. Peu à peu les douleurs s'atténuèrent, mais ne disparurent tout à fait qu'après un mois. Dans les premiers jours de décembre, survint une perte de sang qui se prolongea environ 22 jours, et fut suivie d'un écoulement jaune roussâtre et légèrement fétide. En janvier 1900, l'expulsion de l'enfant ne se faisant pas spontanément, il fut donné des remèdes (du seigle ergoté, semble-t-il), et un médecin introduisit dans la cavité utérine une bougie qui fut laissée 8 jours (elle amena quelques contractions). On introduisit ensuite à plusieurs reprises et sans succès des cônes de laminaire. La femme fut alors abandonnée à son triste sort. A partir de ce moment, la fétidité de l'écoulement alla en augmentant, jusqu'en mai 1902, époque à laquelle la femme fut étonnée de voir qu'elle rendait par le vagin des fragments d'os. On en conserva une bonne partie. Ils étaient tous de petites dimensions (de la grosseur d'un pois à celui d'un haricot), etc. Vers la même époque, la peau, au niveau de l'ombilic, devint rouge, douloureuse au toucher, et bientôt on vit sortir, en cet endroit, un liquide jaunâtre, fétide, semblable à celui qui s'écoulait par le vagin. Il n'y eut pas, à ce niveau, élimination de fragments osseux mais de débris de tissus sphacélès. Quant à la malade, clouée déjà dans son lit, son état ne fit qu'empirer (suppuration lente, fièvre à intervalles irréguliers, nutrition défectueuse, etc.).

Examen actuel. — Ventre gros comme dans une grossesse à 5 mois, douloureux à la pression. Au palper, on perçoit une tumeur médiane, presque sphérique, qui de quelques doigts au-dessous du nombril descend près de la symphyse. La cicatrice ombilicale est déprimée, entourée d'une zone rouge. Il en sort spontanément, et plus par la pression, un liquide sanieux, très fétide. La masse est *immobile*, elle se prolonge dans le petit bassin ; la peau qui la revêt est fixe, sauf sur les côtés.

La consistance est pâteuse, sauf en un point, en haut, où l'on trouve comme une grosseur dure, arrondie, au niveau de laquelle on provoque par la pression des bruits de craquements.

Organes génitaux externes de pluripare. Vagin plutôt étroit, court. La portion vaginale du col de petit volume, de consistance cartilagineuse, et déplacé en avant et en bas ; l'orifice externe est limité par deux petites lèvres bien distinctes, il ne permet pas l'introduction du doigt. Corps de l'utérus gros comme dans une grossesse à 5 mois ; il occupe le petit bassin et se continue en haut avec la masse perçue à travers la paroi abdominale. Il est mou, pâteux, fixe.

D'un côté comme de l'autre du corps de l'utérus, rien de spécial. Le col étant mis en vue, on voit sourdre de l'orifice externe le liquide dont il a été parlé plus haut. L'hystéromètre pénètre de 14 centimètres. Il donne l'impression qu'il touche des parties dures osseuses. On sent l'extrémité de l'hystéromètre à travers la paroi abdominale. Au toucher rectal, la face postérieure de la tumeur qui se continue avec le col est lisse, régulière, elle efface complètement le Douglas. Le cathéter vésical se dirige en avant derrière la symphyse. Urine trouble, jaune roussâtre, à réaction alcaline, non albumineuse, riche en phosphates.

C'est dans ces conditions que l'auteur essaya de débarrasser la femme par la voie vaginale. La tentative fut laborieuse, irréalisable, mais elle permit de noter ce fait intéressant que le liquide injecté dans l'utérus refluait en partie par la cicatrice abdominale. Il y avait donc communication entre l'utérus et la tumeur. On procéda ensuite à la *laparotomie* qui permit de constater la présence d'un kyste fœtal extra-utérin rempli d'os et d'un liquide brunâtre à odeur nauséabonde, et d'enlever successivement ce qui restait du squelette du fœtus (os craniens, faciaux, phalanges, métacarpes, vertèbres, etc.) La poche fut ensuite très minutieusement lavée, puis tamponnée, les tampons ayant un double but : assurer le drainage et prévenir toute hémorrhagie secondaire. Tamponnement du vagin à la gaze stérilisée. — *Suites opératoires* très régulières. Le traitement consista en renouvellement du tamponnement et en lavages avec la solution salée physiologique. Au début, on constata que la sonde introduite dans l'utérus pénétrait par la partie inférieure dans la tumeur. Peu à peu, la poche kystique se rétrécit, toute fétidité disparut, il se forma une sorte de cloison médiane qui divisa la poche en deux portions; ultérieurement, aucune partie du liquide introduit dans l'utérus ne pénétra dans la poche kystique. Au commencement d'août, l'examen donnait : au col de l'utérus fait suite un corps allongé, adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen, légèrement mobilisable sur ses côtés; il a un volume égal à celui de l'utérus d'une femme non enceinte, il est en légère antéversion. Les mouvements qu'on lui imprime par l'examen combiné sont un peu douloureux et se transmettent à la paroi abdominale qui porte la cicatrice, reste de l'intervention. Le cathéter utérin pénètre facilement dans l'utérus, la concavité dirigée en avant, et mesure 7 centimètres. On ne sent pas son extrémité à travers la paroi abdominale.

A l'occasion de ce cas, l'auteur a d'abord rappelé ce qui est généralement connu sur la rétention *in utero* du fœtus mort, puis il en a étudié minutieusement toutes les particularités. Ses *conclusions* sont les suivantes : la conviction que je me suis faite de l'examen de ce qui a été dit sur la rétention du fœtus mort *in utero*, c'est qu'il s'agit là d'un fait exceptionnel, qu'il faut établir par la mise en évidence de la cause déterminante. Cette cause déterminante, c'est, d'ordinaire, un obstacle mécanique qui s'oppose à la sortie du fœtus, obstacle situé soit dans les parties osseuses ou molles du bassin maternel, soit sur le corps du fœtus lui-même. Toutes les fois qu'on ne réussit pas à dégager une de ces causes déterminantes, il convient de mettre en doute la prétendue rétention, et de recueillir avec beaucoup de soin tant les anamnestiques que les renseignements fournis par l'examen local, notions qui, en général, mèneront

à la découverte de l'existence d'une grossesse extra-utérine. Dans le cas précédent, cet ensemble de renseignements (anamnèse, signes locaux) fortifièrent de plus en plus le diagnostic de grossesse extra-utérine, variété tubaire gauche.

R. L.

Un cas d'hématocèle rétro-utérine par avortement tubaire incomplet. A. Boursier, *Journ. de médec. de Bordeaux*, juin 1902, p. 389. — Dans ce cas intéressant, le diagnostic put être cliniquement, établi, en se fondant principalement sur le mode particulier de formation de l'hématocèle, formation par poussées successives en quelque sorte. Voici du reste cette observation :

Obs. — Le 28 février 1902, entrait dans mon service de l'hôpital Saint-André une jeune femme de 26 ans, Mme Marguerite M..., repasseuse, pour des douleurs abdominales très violentes, accompagnées d'une tuméfaction douloureuse et rapidement croissante.

Cette jeune femme, qui a un bon aspect général, présente des antécédents assez simples. Réglée à 14 ans, elle a toujours eu des règles régulières, assez abondantes, durant une huitaine de jours en moyenne et accompagnées de coliques. Elles n'a jamais eu de grossesse.

Depuis quelques années, elle a éprouvé, à deux ou trois reprises, des crises de douleurs abdominales très vives, accompagnées de fièvre et de vomissements alimentaires, qui duraient quelques heures à peine, et sur la nature desquelles il est difficile d'avoir une opinion très précise.

Il y a deux ans, elle paraît avoir eu une vaginite aiguë, fort probablement blennorrhagique, avec miction fréquente et légère cystite. Il est resté de cette affection une leucorrhée glaireuse assez abondante, indiquant la présence d'une endométrite, et quelques douleurs dans les parties latérales de l'abdomen qui font penser à un léger degré de salpingite.

C'est à ces quelques antécédents pathologiques peu importants que se réduisait l'histoire de cette malade, lorsque ont éclaté, au mois de janvier 1902, les débuts de l'affection actuelle.

Le 10 janvier, la malade eut ses règles, qui revenaient à la date accoutumée, sans avoir été précédées d'aucun phénomène pouvant faire penser à l'existence d'une grossesse. Comme d'habitude, les règles durèrent huit jours avec leurs caractères ordinaires, leur abondance habituelle.

Le 18 janvier, l'écoulement menstruel était encore incomplètement terminé, lorsque la malade, accroupie et se livrant à un travail assez pénible, ressentit brusquement dans le bas-ventre une douleur soudaine, très violente, qui lui arracha des cris. Elle saisit son ventre à deux mains, et courut se jeter sur son lit, où elle se roula pendant deux heures en proie à des douleurs extrêmement aiguës, siégeant surtout dans le bas-ventre, et sans trouver une minute de soulagement. Au bout de ce temps, les douleurs se calmèrent peu à peu, et le soir, la malade, soulagée, essaya de se lever. Mais le mouvement réveilla la crise douloureuse, et elle fut obligée de se recoucher.

Depuis ce moment, elle n'a cessé de perdre du sang par le vagin, et elle a éprouvé une série de crises douloureuses revenant tous les quatre à cinq jours.

Ces crises reproduisaient chaque fois les mêmes phénomènes douloureux que

la première, mais avec moins de violence. La douleur née dans la région hypogastrique s'irradiait dans les fosses iliaques et dans les reins ; à plusieurs reprises, elle s'est accompagnée de hoquet et de vomissements alimentaires et bilieux. Chaque crise durait plusieurs heures. Dans l'intervalle de ces crises, et à condition qu'elle gardât le repos, la malade souffrait peu.

En même temps, l'écoulement sanguin utérin a constamment persisté. La perte, qui dure sans interruptions depuis le 10 janvier, n'a jamais été très abondante. Elle est d'aspect variable, tantôt composée d'un sang liquide rouge vermeil, tantôt mélangée de caillots noirâtres. A plusieurs reprises, et en dehors des crises douloureuses, la malade a perdu des débris membraneux grisâtres qui n'ont pu être examinés.

En outre, Mme M... éprouve, depuis qu'elle est malade, des mictions fréquentes, douloureuses, avec des urines troubles. Elle est habituellement constipée, mange peu. Elle a souvent de la fièvre le soir, elle a beaucoup pâli et un peu maigri.

En même temps que se passaient les phénomènes que nous venons de décrire, il se formait dans la partie inférieure de l'abdomen une tuméfaction qu'il nous reste à étudier.

L'inspection de l'abdomen démontre, en effet, que cette région est légèrement déformée, et porte sur sa partie inférieure une saillie arrondie visible, une voussure, siégeant au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane, empiétant un peu sur chaque fosse iliaque, mais s'étendant surtout à droite et remontant dans sa partie la plus élevée, à quelques travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

La peau a sur toute cette étendue son aspect normal ; elle ne présente ni vergetures, ni coloration spéciale, ni circulation collatérale. A la palpation, on trouve au niveau de toute la partie saillante une masse arrondie, lisse, à bords convexes, immobile, plus étendue à gauche qu'à droite, mais remontant, en revanche, plus haut dans sa moitié droite. Cette masse uniformément dure, au niveau de laquelle on ne perçoit aucune fluctuation, est très aisée à limiter dans sa partie supérieure ; mais, inférieurement, elle plonge dans la cavité pelvienne et l'on ne peut saisir sa limite inférieure. A la percussion, toute la partie inférieure donne une matité complète ; partout ailleurs, on trouve seulement de la submatité.

Le toucher vaginal révèle un col utérin petit, légèrement entr'ouvert, appliqué contre le pubis ; il est surmonté par un corps utérin un peu plus volumineux qu'à l'état normal, qui est refoulé contre la paroi abdominale à droite de la ligne médiane. Le fond de l'utérus, perceptible par la palpation bimanuelle, dépasse la ceinture pubienne de quatre travers de doigts au moins. Cet utérus est ainsi repoussé, en avant, par une masse dure, arrondie, occupant le cul-de-sac de Douglas et débordant dans les deux fosses iliaques, qui l'encadre, le repousse en avant et l'immobilise. Cette masse est uniformément dure, pâteuse sur certains points.

D'après la malade, la tumeur abdominale se serait produite peu à peu, progressivement, augmentant après chacune de ces crises douloureuses.

D'ailleurs, les phénomènes qui se sont passés dans le service depuis le 27 février, jour de l'entrée de la malade, jusqu'au 8 mars, date de notre intervention, n'ont fait que confirmer cette affirmation.

En effet, après quelques jours de repos au lit, qui n'ont amené aucun changement dans les phénomènes physiques, et tandis que la malade a continué constamment à perdre du sang, elle a été prise, le 3 mars, d'une nouvelle crise douloureuse assez vive, après laquelle l'empâtement abdominal a augmenté, surtout à droite de deux travers de doigt environ.

Le 5 mars, les douleurs se sont calmées. L'écoulement de sang est beaucoup plus abondant. La masse abdominale reste la même sans tendance à la régression, et demeure fort sensible surtout sur la ligne médiane.

Le 7 mars, nouvelle poussée douloureuse, avec augmentation encore très manifeste de la tumeur abdominale. Cette crise s'accompagne de quelques vomissements glaireux; la température s'élève au-dessus de 38°.

En présence de ces accidents, le diagnostic d'hématocèle par avortement tubaire *incomplet* fut fait, et on procéda à la *laparotomie* qui, par l'examen soigneux des annexes enlevées, le confirma pleinement : il s'agissait bien d'une hématocèle intrapéritonéale, liée à une grossesse tubaire, terminée par un avortement tubo-abdominal incomplet, puisque la trompe n'était pas rompue, que l'hémorrhagie s'était faite par le pavillon tubaire encore largement ouvert et plein de caillots, et que l'œuf n'était pas encore expulsé de la trompe. Au sujet du *diagnostic*, l'auteur rappelle en particulier ce qu'a écrit Muret (de Lausanne) sur le diagnostic différentiel de l'avortement tubaire : *a*) *complet* et *b*) *incomplet :* « dans l'avortement tubaire *complet*, il y a des douleurs tubaires et les symptômes d'une hématocèle qui reste stationnaire ou se résorbe. Ces symptômes sont caractérisés par une crise unique. Par l'avortement tubaire incomplet, il y a des douleurs tubaires qui se répètent à plusieurs reprises et la formation d'une hématocèle qui grandit petit à petit, tandis que la malade a des crises répétées de faiblesse et de syncopes qui correspondent chaque fois à une augmentation de volume de l'hématocèle : les crises sont alors multiples et l'anémie devient ainsi progressive. »

R. L.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris-Tours, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

DES INDICATIONS MÉDICALES

A LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT

Par **Adolphe Pinard,** professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Invité par le Comité d'organisation du Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique devant se tenir à Rome, du 15 au 21 septembre 1902, à faire un rapport sur « *le Indicazione mediche per l'interruzione della gravidanza* », je n'ai pas hésité : j'ai accepté avec empressement et cet honneur et ce devoir.

Aussi me plaît-il d'adresser à tous mes collègues de la Société obstétricale italienne l'expression de mes plus vifs et sincères remerciements.

Introduction et plan.

Pour faire œuvre utile, il est indispensable de disserter sur des choses nettement définies. Aussi ai-je pensé qu'il était logique de bien préciser tout d'abord la question posée par le Comité.

Cela fait, j'ai cru devoir borner mon rôle à exposer succinctement l'historique de la question en France — prévoyant que mes éminents co-rapporteurs nous renseigneraient de la même façon sur l'évolution de la question dans leur pays — et à faire connaître ensuite mon opinion personnelle.

Mon travail comprend donc les trois chapitres suivants :

1° Définition et position de la question ;

2° Historique de la question en France ;

3° Opinion personnelle de l'auteur et documents sur lesquels elle s'appuie.

I. — Définition et position de la question.

« *Le indicazione mediche per l'interruzione della gravidanza.* »

« *Des indications médicales à la provocation de l'accouchement.* »

Tels sont les textes italien et français de la question qui doit être traitée.

Or, à mon avis, ces deux textes ont une signification absolument différente.

Si je ne me trompe, le texte italien traduit en français veut dire : Des indications qui peuvent conduire à interrompre la grossesse — ou encore : Des maladies qui peuvent présenter l'indication d'interrompre la grossesse, *quel que soit l'âge de cette dernière.*

Quant au texte français, il ne vise l'indication d'interrompre la grossesse que quand le fœtus est viable, c'est-à-dire dans les deux derniers mois de la grossesse.

Ce texte semble vouloir continuer à établir une ligne de démarcation, une séparation fondamentale entre l'avortement provoqué et l'accouchement provoqué, et refléter cette théorie scolastique d'après laquelle, dans le premier cas, on sacrifie l'enfant au salut de la mère, alors que dans le second on sauve à la fois et la mère et l'enfant.

Cette interprétation me paraît aussi étroite que fausse en théorie comme en pratique. Le texte *italien*, au contraire, comprend la question dans toute sa plénitude et toute sa simplicité. Il la pose sur son véritable terrain : l'étude des cas dans lesquels le salut de la mère ne peut être obtenu qu'au prix de l'interruption de la grossesse, que l'enfant soit viable

ou non, puisque, si la science n'intervient pas, les deux individus succombent. En un mot la question peut être définie ainsi : **De l'interruption thérapeutique de la grossesse.** C'est dans cet esprit que la question me paraît devoir être traitée.

Il est encore un autre point qui peut prêter à la discussion.

En effet le texte dit : Des indications médicales à l'interruption de la grossesse.

Or, par *indications médicales* que doit-on entendre ? Sont-ce les maladies préexistant à la grossesse ou survenues pendant son cours, mais n'ayant rien de commun avec le développement de l'œuf ?

Doit-on, au contraire, comprendre avec celles-ci les maladies de l'œuf ?

Considérant que les indications fournies par les maladies ayant leur point de départ dans l'œuf humain : hémorragies par insertion vicieuse du placenta, hydropisie de l'amnios, etc., ont été acceptées par tous les accoucheurs depuis fort longtemps et, pour la plupart, ne sont plus l'objet d'aucune discussion, je pense que notre étude doit avoir surtout pour but d'étudier les maladies générales (n'ayant pas leur point de départ dans l'appareil génital) qui peuvent fournir des indications d'interrompre la grossesse. La question principale visée par moi sera donc la suivante : *Des indications d'interrompre la grossesse fournies par les maladies générales.* Je ne négligerai pas cependant d'envisager brièvement les indications fournies par le développement pathologique de l'œuf.

II. — Historique.

A Louise Bourgeois, née en 1563, reçue sage-femme jurée en 1590, accoucheuse de la reine Marie de Médicis, morte le 20 décembre 1636, revient incontestablement le grand mérite d'avoir préconisé et pratiqué l'interruption de la grossesse et l'accouchement provoqué *dans le but de sauver la mère.*

Le titre du chapitre v de son livre (1), ainsi formulé : « QU'IL Y A UN ACCIDENT OU IL FAUT PROMPTEMENT ACCOUCHER UNE FEMME A QUELQUE TERME QUE CE SOIT POUR CONSERVER SA VIE », suffit amplement à justifier, il me semble, mon appréciation. Le principe de l'indication de l'interruption thérapeutique de la grossesse est d'emblée posé dans toute sa netteté. Lorsque l'indication se présente dans sa pratique, Louise Bourgeois fait appel, pour « éviter le blâme », aux personnes compétentes ou soit-disant telles, c'est-à-dire à des médecins et à des chirurgiens.

Elle, qui parle si souvent du baptême, ne fait mention d'aucune considération d'ordre familial, moral ou religieux devant entrer en ligne de compte. Ces *impedimenta* dont nous souffrons encore n'apparaîtront que plus tard. Le salut de la femme lui paraît suffisant pour légitimer l'intervention.

Et cette doctrine fut à partir de cette époque *classique*, si l'on peut employer cette expression, puisqu'elle fut enseignée à l'École de médecine, ainsi qu'en témoignent les lignes suivantes (2) :

« C'est quand une femme a une perte de sang démesurée, sur la grossesse, dont elle tombe en foiblesse, le plus tôt que l'on peut il la faut boucher, d'autant que l'air attire le sang, lui donner ce que l'on peut pour lui faire reprendre les esprits, pour supporter l'accouchement où il ne faut procéder d'aucun remède par la bouche, ni clistères, d'autant qu'ils exciteraient la perte davantage, mais il faut venir à l'extraction de l'enfant avec la main, la faiblesse relâche les ligamens du col de la matrice, tellement qu'elle s'ouvre autant que si la femme avait grand nombre de douleurs : mais les eaux ne

(1) *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruict, fæcondité, accouchements et maladies des femmes et enfans nouveaux naiz. Amplement traictées et heureusement pratiquées*, par LOUYSE BOURGEOIS, ditte *Bourcier*, sage-femme de la Royne. — A Paris, chez Melchior Mondieu, en la cour du Palais, aux deux Vipères. 1642.

(2) LOUYSE BOURGEOIS, *loc. cit.*, ch. v, p. 64.

se trouvant formées, il faut rompre les membranes qui environnent l'enfant, ainsi que lui feroit une porte pour sauver une maison du feu et tirer l'enfant par les pieds, c'est le moyen de sauver la mère et de donner le baptême à l'enfant. Je l'ai fait pratiquer par consentement et en la présence de feu monsieur le Fébure médecin, et de monsieur Le Moine et monsieur de l'Isle aussi médecin, fort doctes, d'autant que j'avois vu que ces pertes-là sont causes tout à coup de la mort de la mère et de l'enfant, cela fut fait en la femme d'un conseiller de la Cour du Parlement laquelle était grosse de six mois, son enfant vécut deux jours, elle a porté d'autres enfants depuis, les médecins recogneurent que, si l'on eut différé une heure davantage, la mère et l'enfant étaient morts. M. le Fébure récita cette practique-là aux Escoles de Médecine et dit qu'en tel cas il conseillait aux assistants d'y procéder de même, vu qu'il avait vu mourir d'honnêtes femmes faute de l'avoir faicte... »

Pendant le XVII[e] siècle et une grande partie du XVIII[e] la doctrine de Louise Bourgeois, l'*interruption de la grossesse*, est adoptée et mise en pratique par la pluralité des accoucheurs, mais, il faut le faire remarquer, dans un seul cas : quand *l'hémorragie* menace les jours de la femme enceinte.

Il faut arriver à l'année 1778 pour voir la publication d'un travail où l'interruption de la grossesse est conseillée pour une autre cause et dans un autre but.

Dans la deuxième édition de sa thèse, Roussel de Vauzelme (1) conseille d'interrompre la grossesse lorsqu'on a des signes assurés que l'accouchement naturel ne pourra avoir lieu, et de le provoquer et de l'accélérer *vers le septième ou le huitième mois* (2).

---

(1) ROUSSEL DE VAUZELME, *De sect. symphys. oss. pub.*; Thèse de Paris, 1778.

(2) Quæ si antea prævideri queant, septimo aut octavo mense promoveri posse partum opinamur..... his omnibus ritè perpensis. Autor

« Il s'appuie, dit Sue le jeune (1), de l'autorité d'un de ses confrères, M. le Vacher de la Feutrie, un des plus habiles médecins de cette capitale...

« Cette autorité est sans doute d'un grand poids, mais M. le Vacher de la Feutrie est trop modeste pour ne pas être de notre avis, lorsque nous dirons que son confrère eût pu citer une autorité encore plus forte que la sienne, puisqu'il eût pu citer celle du célèbre M. Petit, dont M. de la Feutrie se fait gloire d'avoir été Disciple. *Il y a déjà longtemps* que M. Petit a conseillé et fait pratiquer l'accouchement prématuré dans les cas de *difformité aux os du bassin.* Il a même proposé à ce sujet des moyens, dans le détail desquels ce n'est pas ici le lieu d'entrer, avec d'autant plus de raison *qu'il faudrait d'abord que les Casuistes et les Théologiens eussent décidé s'il est permis d'accélérer par art, une fonction à laquelle la nature a assigné un terme fixe, etc.* »

Ces lignes semblent bien constituer *l'acte de naissance de l'accouchement provoqué en France*. De plus, elles montrent l'entrée en scène des casuistes et des théologiens, que nous allons sans cesse retrouver discutant non seulement à propos de l'accouchement provoqué, mais encore au sujet de l'avortement provoqué.

Baudelocque (2), dès la première édition de son livre, en 1781, condamne l'accouchement provoqué dans les cas de rétrécissement du bassin. Il se rallie à la doctrine de Louise Bourgeois et, s'appuyant sur des raisons que je n'ai pas à développer ici, il n'admet l'interruption de la grossesse « que dans des cas d'hémorrhagie abondante qui ne laissent d'espoir de salut pour la femme que dans sa délivrance ».

---

fuit Clar. M. le Vacher de la Feutrie, D. M. P. ut quibusdam in casibus hæcce pro cæsareâ admitteretur operatio, ut nempe, pro majori vel minori ossium pelvis deformitate, septimo scilicet vel octavo gestationis mense, per Artem sollicitaretur partus, etc.

(1) Sue le jeune, *Essais historiques littéraires et critiques sur l'art des accouchements*, 1779, t. I, p. 604, 605 et 606.

(2) Baudelocque, *L'Art des accouchements*, t. II, p. 225.

Dans toutes les éditions de ses ouvrages Baudelocque persista dans son opinion et fut suivi sur ce point par tous ses élèves.

Cependant l'indication fait un pas de plus avec Mme Lachapelle qui, se ralliant à l'opinion de Baudelocque, ajoute : « L'avortement — le mot avortement doit être pris ici dans le sens d'interruption de la grossesse en général — ne peut tout au plus être provoqué que dans les cas où des *convulsions*, une *hémorragie* ne permettent point d'attendre le terme naturel de la grossesse » (1).

Mais bientôt un facteur d'un autre ordre apparaît. Dugès, repoussant l'accouchement provoqué pour les mêmes raisons que Baudelocque, ajoute : « Quant à l'avortement, *la législation française* n'en permet sous aucun prétexte la provocation volontaire. »

Cependant Fodéré, professeur à Strasbourg, dans son *Traité de Médecine légale et d'hygiène publique* (2), et plus encore dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* (3), se montre le défenseur convaincu de l'accouchement avant terme et même de l'avortement provoqué.

A cette question : Est-il des cas où la provocation à l'enfantement avant terme est licite et même obligatoire ? il répond : « Je pense que cette pratique (l'interruption de la grossesse) doit s'étendre à tous les cas où, quoique le bassin soit bien conformé, on aurait raison de craindre pour la mère et pour l'enfant, si l'on attendait le terme ordinaire ; dans ceux où le salut de la mère exige impérieusement d'être déli-

---

(1) Madame La Chapelle, *Pratique des accouchements*, 1825, t. III, pp. 437 et 438.

(2) Fodéré, *Traité de médecine légale et d'hygiène publique*. Paris, 1813, t. II, § 343, 1re partie, chap. VII.

(3) *Dictionnaire des sciences médicales par une Société de médecins et de chirurgiens*. Paris, 1820, article : Police médicale, t. XLIV, p. 75.

vrée, et que nul autre remède ne peut suppléer à ce moyen. »

Il donne alors les indications suivantes :

Les hémorrhagies utérines, pour lesquelles, dit-il, il n'y a plus de contestations depuis Guillemeau et Puzos ;

Les hémorrhagies nasale et pulmonaire (1), lorsqu'elles sont très abondantes et qu'elles résistent à tous les moyens ;

Les anévrysmes du cœur, de l'aorte, des carotides, des sous-clavières ;

Lorsque la femme est éminemment *frêle, nerveuse*, sujette aux *spasmes*, qu'elle *vomit* sans cesse tous ses aliments, qu'elle ne se nourrit pas et qu'il est à craindre qu'elle ne s'épuise, elle et son fruit, avant le terme ordinaire de l'enfantement.

Fodéré parle déjà des *contre-indications*, car il dit : « On devra renoncer à l'accouchement artificiel si la femme a une maladie indépendante de la grossesse et qui ne puisse être soulagée par sa délivrance ; car, comme dans toutes les maladies aiguës graves un avortement spontané augmente toujours beaucoup le danger, à plus forte raison en serait-il ainsi si on l'avait provoqué. »

Enfin, il conseille à l'accoucheur de « ne jamais prendre de décision sans avoir appelé une consultation nombreuse composée des gens de l'art les plus éclairés.

« C'est à *ce tribunal seul qu'il doit en référer*, la médecine ne pouvant pas toujours être régie par des règles générales. Celui au contraire qui voudra compter sur ses propres lumières s'exposera toujours à être répréhensible, sinon aux yeux de la loi, du moins à ceux de l'opinion » (2).

Ces quelques citations démontrent que Fodéré, professeur de médecine légale, s'est efforcé, dès le début du XIX[e] siècle, de légitimer l'interruption de la grossesse, d'en rechercher les indications, en même temps qu'il indiquait avec sagesse les

---

(1) Il ne faut pas oublier que Fodéré était médecin légiste et non accoucheur. A. P.

(2) FODÉRÉ, *Traité de médecine légale*, t. IV, p. 392.

contre-indications et qu'il rappelait aux médecins la seule conduite qu'ils eussent à tenir avant de pratiquer cette intervention.

Quelques praticiens seuls furent convaincus.

C'est ainsi que Duclos, à Toulouse, pratiqua en 1815 un accouchement artificiel chez une femme atteinte *d'hydropisie de l'amnios*.

Mais, pour montrer combien Fodéré avait prêché dans le désert, je vais rappeler ce qui se passa à l'Académie de Médecine dans les séances du 2 janvier et du 6 février 1827 à propos d'un mémoire de Costa (1).

Voici le compte rendu de la communication du mémoire de M. Costa à la séance du 2 janvier 1827 :

« M. Costa lit un mémoire relatif à un cas d'accouchement prématuré chez une femme atteinte d'un anévrysme du cœur. Cette dernière maladie était antérieure à la grossesse, mais celle-ci l'avait beaucoup augmentée; la femme, arrivée au 9e mois de sa grossesse, paraissait à tout instant sur le point de suffoquer ; la position horizontale était tout à fait impossible ; tout semblait indiquer que la mort surviendrait avant le terme de la grossesse. Heureusement l'accouchement se fit prématurément à 7 mois et demi, et la mère et l'enfant furent sauvés. M. Costa demande si, dans les cas de ce genre, il ne serait pas du devoir du médecin de provoquer l'avortement. Un rapport sera fait sur ce mémoire. »

Et maintenant voici le compte rendu du rapport qui fut

---

(1) Je donne ici le compte rendu paru dans les *Archives générales de médecine*, t. XIII, pp. 283 et 441. Malgré de longues recherches, mon ami Dureau, bibliothécaire de l'Académie de Médecine, n'a pu retrouver les procès-verbaux manuscrits de ces séances. Je le regrette d'autant plus que si les Archives de Médecine rapportent que la malade de M. Costa avait un anévrysme du cœur, le *Journal général de Médecine* (t. XCVIII, p. 237) dit simplement qu'elle était atteinte d'une maladie organique du cœur.

fait sur ce mémoire et lu à la séance du 6 février 1827 par M. de Kergaradec :

« M. de Kergaradec, au nom d'une commission, lit un rapport sur le mémoire qu'a présenté dernièrement à la section M. Costa. A l'occasion d'un cas où un accouchement survenu spontanément à 7 mois et demi avait sauvé, selon M. Costa, une femme qui paraissait devoir périr si la grossesse eût eu sa durée ordinaire, ce médecin s'était demandé si ce cas n'était pas un de ceux qui devraient engager l'homme de l'art à provoquer l'avortement, et il avait élevé la question de savoir si, toutes les fois que la grossesse est compliquée d'une maladie qui menace prochainement les jours de la mère et ceux de l'enfant, il n'y a pas lieu à provoquer l'avortement, lorsque, d'autre part, existent les signes qui annoncent que l'enfant est bien portant et viable.

« La commission trouve d'abord quelque inconvenance à la demande que M. Costa fait à la section. Elle établit ensuite que, dans l'état actuel de la science, il n'existe aucun cas où il soit nécessaire de provoquer, chez une femme grosse, l'avortement ; ni le rétrécissement considérable des détroits du bassin, malgré ce qu'en a dit M. Fodéré; ni le développement de convulsions, ni même l'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice, etc. Dès longtemps, dit M. le rapporteur, on a frappé d'une juste réprobation l'ancienne distinction de fœtus inanimé et de fœtus animé : d'ailleurs, dans l'hypothèse de M. Costa, on ne provoquerait l'avortement que si l'enfant était viable; or quels moyens de s'en assurer ? Enfin, on sait que le plus souvent les avortements provoqués sont funestes et à la mère et à l'enfant, tandis qu'au contraire on voit souvent la nature se suffire à elle-même dans les cas en apparence les plus désespérés; et même c'est ce qui est arrivé dans le cas qui a fait prendre la plume à M. Costa. »

Contre cette réponse négative et menaçante sortie de l'Académie, des voix autorisées se firent bientôt entendre et parmi elles je dois particulièrement et justement citer celles de Stoltz, de Velpeau et surtout celle de Paul Dubois.

Stoltz se montra partisan convaincu de l'accouchement provoqué, qu'il pratiqua le premier en France en 1831, 1833, 1836. Bientôt se rallièrent à lui, en théorie et en pratique,

Villeneuve, à Marseille; Velpeau et Paul Dubois, à Paris; Nichet, à Lyon, etc. (1).

Mais je dois faire remarquer qu'il ne s'agit ici que de l'accouchement provoqué, c'est-à-dire de l'interruption de la grossesse à une époque où le fœtus est viable et dans les cas seulement de rétrécissement du bassin. Stoltz dans ces cas était hostile à l'avortement provoqué.

A partir de cette époque, l'interruption de la grossesse à une époque où le fœtus est viable, et pour cause de rétrécissement du bassin fut universellement adoptée en France.

C'est probablement pour cette raison que G. Raffaele vint lire à la Société royale de médecine de Marseille, dans sa séance du 21 août 1847, un travail intitulé : « *Quelques mots sur la théorie et la pratique de l'accouchement provoqué prématurément dans le royaume de Naples* », où il avouait avec regret qu'avant la fin de l'année 1844, on n'avait fait à Naples aucune mention de cet important moyen thérapeutique. Il ajoutait qu'il ne pût faire paraître, en septembre 1844, que mutilé par la censure, un article sur l'accouchement provoqué, et non sans *l'approbation préalable de quatre théologiens*, qu'enfin il fut accusé auprès du roi d'avoir publié dans son ouvrage des principes en opposition avec ceux du christianisme et conséquemment avec ceux de toute saine morale (2).

Si cette histoire démontre une fois de plus que, dans tous les temps et dans tous les pays, l'intervention des casuistes a été désastreuse et funeste à l'évolution scientifique, elle nous permet de proclamer aussi qu'après moins d'un demi-siècle, à Naples, l'obscurité disparut pour faire place à une lumière

(1) Stoltz, *Académie de médecine de Paris*, 1833; — *Mémoires et observations sur l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin*, Strasbourg, 1835.

P. Dubois, Thèse pour le professorat, Paris, 1834.

(2) G. Raffaele, *Quelques mots sur la théorie et la pratique de l'accouchement provoqué prématurément dans le royaume de Naples*. Traduit par le Dr Sirus-Pirondi, président de la Société royale de médecine de Marseille.

éclatante, dont les reflets bienfaisants ont été profitables à l'obstétricie dans le monde entier.

La légitimité de l'interruption de la grossesse à une époque où l'enfant est viable ayant été établie, les accoucheurs s'efforcèrent alors d'en préciser les indications.

Puis bientôt quelques-uns, et non des moindres, remirent la question sur le véritable terrain d'où elle n'aurait jamais dû sortir, c'est-à-dire considérèrent l'interruption de la grossesse comme un moyen thérapeutique devant être appliqué *exclusivement au salut de la mère et quel que fut l'âge de la grossesse.*

Ce n'est point à Stoltz que revient l'honneur d'avoir amené cette évolution. La thèse de son élève Ferniot, intitulée : « *Existe-t-il d'autres cas que le rétrécissement du bassin qui puissent autoriser l'accoucheur à provoquer l'accouchement avant le terme naturel de la grossesse?* » (1) démontre bien que Stoltz n'a eu en vue que l'accouchement provoqué et nullement l'avortement provoqué : il n'interrompt la grossesse que dans les deux derniers mois, et cela dans le but de sauver la mère et l'enfant.

C'est Paul Dubois surtout qui eut ce grand mérite, comme le prouve l'analyse de ses leçons publiées par E. Laborie (in *Union médicale*, 1848) et qui sont intitulées : « *Quels sont les cas, abstraction faite des vices de conformation du bassin, qui peuvent légitimer la provocation de l'accouchement, quelle que soit, du reste, l'époque de la grossesse?* »

Et pour qu'il n'y ait aucune méprise, au début de sa deuxième leçon, Paul Dubois s'exprime ainsi : « J'ai omis d'établir une distinction entre l'avortement et l'accouchement prématuré employé d'ordinaire dans certains vices de conformation du bassin, et cette omission était naturelle ; car, je m'empresse de le proclamer, la question comme je l'ai posée est tout entière consacrée à étudier les cas dans lesquels le salut de

---

(1) G.-E.-E. Ferniot, Thèse de Strasbourg, 1836.

la mère est compris. Peu importe que l'enfant soit viable ou non viable, on n'aura pas à s'en préoccuper. »

Il est impossible d'être plus net et plus précis. P. Dubois a envisagé la question, il me semble, comme la comprend le Comité de ce Congrès, c'est-à-dire qu'il a étudié les maladies qui peuvent fournir des indications d'interrompre la grossesse quel que soit l'âge de cette dernière, dans le but exclusif de sauver la mère.

En véritable clinicien ou plutôt, ce qui est bien plus exact, en véritable médecin, sans se préoccuper des considérations d'ordre moral ou religieux, sans en faire aucune mention, il ne cherche, selon l'expression de Fodéré, qu'à faire le bien et à éviter un plus grand mal, le bien étant la conservation de la mère.

Voici les conclusions formulées par P. Dubois à la fin de ses leçons :

« 1° L'accouchement provoqué, quelle que soit l'époque de la grossesse, peut être appliqué en dehors des cas de vices de conformation du bassin.

2° On peut diviser comme il suit les cas qui peuvent réclamer l'accouchement provoqué :

A. 1re *classe*. — Gêne toute mécanique empêchant l'accomplissement des fonctions physiologiques :

Exagération du volume de l'utérus ; — hydropisie de l'amnios ; — développement normal de l'utérus, mais amoindrissement de la capacité de la cavité abdominale, soit par une déformation rachitique, soit par la présence de tumeurs abdominales qui ne laissent pas une place suffisante pour l'expansion de l'utérus.

B. 2e *classe*. — Déplacements de l'utérus :

Antéro-version ou rétroversion irréductible de l'utérus après les premiers mois de la grossesse.

C. 3e *classe*. — Maladies développées par le fait de la grossesse :

Hémorragies utérines causées par insertion vicieuse du

placenta ou décollement partiel des adhérences utéro-placentaires, etc.

Dans cette même classe se trouvent les accidents qui dépendent de réactions sympathiques sur le système nerveux, tels que : *chorée*, *vomissements opiniâtres* et, dans les limites que nous avons tracées, l'*éclampsie*. Ajoutons encore les maladies qui sont produites par la gêne apportée à la circulation : l'hydropisie ascite, l'hydrothorax, l'infiltration générale.

D. 4e *classe.* — Maladies intercurrentes ou préexistantes dont la grossesse augmente assez la gravité pour mettre en péril la vie de la mère.

Le *choléra* constitue la seule maladie qui puisse faire recourir à l'opération.

Quant aux maladies chroniques, nous les indiquons seulement, laissant, comme nous l'avons dit, à la sagacité du médecin le soin d'obéir aux indications, sans qu'il soit possible de tracer par avance une ligne précise de conduite à suivre » (1).

A partir de ce moment, la légitimité de l'*interruption de la grossesse à toutes ses périodes, dans le but de sauver la mère*, est adoptée par tous les accoucheurs, ainsi que le démontre la fameuse discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1852 (2), et dans laquelle Paul Dubois, Danyau, Velpeau, Cazeaux, eurent l'occasion d'affirmer leur opinion.

Seul un médecin, Bégin, s'éleva contre cette doctrine en se plaçant bien plus au point de vue religieux qu'au point de vue scientifique.

Je dois faire remarquer cependant que Cazeaux, tout en se déclarant zélé partisan de l'avortement provoqué dans les cas de rétrécissements extrêmes du bassin, se refuse, contrairement à l'opinion de son maître, P. Dubois, à recourir à ce moyen dans les cas de vomissements incoercibles. Je reviendrai plus loin sur ce point.

(1) *Union médicale*, 1848, p. 505.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1852, t. XVII, p. 468, 493 567 et suiv.

Quoi qu'il en soit, l'Académie de médecine, qui en 1827 avait repoussé avec tant de hauteur dédaigneuse l'interruption thérapeutique de la grossesse, l'acceptait presque à l'unanimité, 25 ans après, et en discutait avec passion les indications et les contre-indications.

Aussi, Jacquemier écrivait-il (1) :

« Aujourd'hui qu'on n'hésite pas à interrompre dès ses premières phases une grossesse qui n'eût pu arriver à son terme sans mettre en danger la vie de la femme enceinte, il n'est pas un médecin digne de ce nom qui consentirait à rester un témoin volontairement inactif. L'essentiel pour lui, c'est que l'indication soit réelle et qu'il n'y ait pas de méprise possible à cet égard. Pour cela, le plus sûr et le plus prudent est de faire contrôler son appréciation par des confrères compétents. *Le but et les conséquences de l'opération doivent être expliquées à la femme pour qu'elle soit à même de s'y soumettre librement et en connaissance de cause.* »

A partir de cette époque, l'effort des accoucheurs se confina principalement sur le terrain des indications et des contre-indications.

Je me permets de dire qu'en 1898, au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Marseille, je fis une communication ayant pour titre : *De l'avortement médicalement provoqué ou avortement thérapeutique* (2).

Dans ce travail, où je me suis efforcé de démontrer que l'indication réelle de l'interruption de la grossesse pour cause de rétrécissement du bassin ne devait plus être admise, j'ai formulé les conclusions suivantes :

1° L'interruption de la grossesse avant la viabilité du fœtus, l'avortement provoqué médicalement, constituent, dans

(1) In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. avortement, 1re série, t. VII, p. 675.

(2) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1899. — *Comptes rendus du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Marseille*, 1899.

des cas bien déterminés, un moyen thérapeutique aussi puissant que précieux ;

2° L'indication de cet acte opératoire ne se rencontre *ni dans les cas de rétrécissement de la filière pelvi-génitale, ni dans les cas de maladie venant compliquer la grossesse ;*

3° *L'indication réelle n'existe que quand la cause des accidents qui menace sûrement la vie de la femme est certainement la grossesse ;*

4° En provoquant l'avortement dans ces conditions, jamais le médecin ne *sacrifie* le fœtus fatalement condamné, et assez souvent il *sauve* la mère.

Ces conclusions, je dois le reconnaître, n'ont pas encore été toutes acceptées.

Ainsi, dans l'article « Avortement provoqué » du *Traité d'accouchements* de Tarnier et Budin (1), les rédacteurs, s'inspirant des leçons de Tarnier, reconnaissent bien que « l'avortement ne doit être pratiqué que comme dernière ressource, pour sauvegarder la vie de la femme quand celle-ci est absolument compromise du fait de la grossesse et *au cas encore* où la femme se refuse catégoriquement à affronter les risques mortels d'une opération qui serait pratiquée dans le but d'assurer de grandes chances de vie à son enfant ». De plus ils admettent que, dans ce cas, le médecin doit donner une *certaine publicité* à ses actes et fera bien de « *faire connaître à l'autorité judiciaire* la nature de l'opération et les raisons qui l'ont impérieusement dictée ».

Enfin à la réunion de la Société obstétricale de France, qui eut lieu cette année même (en avril 1902) mon savant collègue Treub, d'Amsterdam, fit une communication sur l'*avortement thérapeutique et la morale*. Cette communication fut suivie d'une longue discussion à laquelle prirent part mes éminents collègues les professeurs Fochier (de Lyon), Herrgott (de

---

(1) T. IV, page 447.

Nancy), Budin (de Paris), Porak, accoucheur de la Maternité, et Bar, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Dans cette discussion, au cours de laquelle fut confondue quelque peu le sacrifice du fœtus avec l'avortement thérapeutique, où l'on voit l'Église et les curés jouer encore un grand rôle et avoir une influence au moins aussi grande qu'à l'époque de Sue le jeune, se montre en relief ce fait : à savoir que, quand l'indication a été reconnue par mes collègues, la femme ayant été prévenue de son état doit donner son consentement à l'intervention.

Ici je borne cet historique.

III. — Opinion personnelle de l'auteur et documents sur lesquels elle s'appuie.

A. De l'interruption thérapeutique de la grossesse envisagée au point de vue de son évolution et de sa signification.

Je dois d'abord rechercher pourquoi la doctrine ayant pour but d'interrompre la grossesse pour sauver la mère, formulée par Louise Bourgeois d'une façon si claire et si précise, pratiquée par elle et par ses successeurs en toute liberté, pourquoi, dis-je, cette doctrine fut ensuite, et pendant si longtemps, attaquée, condamnée et discutée dans sa légitimité. Assurément Jacquemier en expose déjà admirablement les raisons, mais, à mon avis, en partie seulement.

Je reconnais combien il est dans le vrai quand il dit : « La société moderne, tout imprégnée de christianisme dans ses mœurs et dans ses lois, était mal préparée à accueillir une semblable innovation. D'autres causes purement professionnelles, telles que la crainte d'un rapprochement avec des industriels qui sont la honte de la profession, l'accusation prévue de favoriser une coupable industrie, enfin la responsabilité personnelle dans un acte qui présente tous les éléments matériels du délit, devaient paralyser l'initiative des

médecins ou les rendre opposants (1). » Cependant Louise Bourgeois n'hésita pas plus à publier son livre que les Guillemeau, Mauriceau, Puzos, etc., à faire connaître leurs observations. Et ils ne furent ni attaqués ni discutés.

C'est que l'indication avait ce caractère d'être aussi positive qu'impérieuse.

Mais, lorsqu'on voulut trouver dans le rétrécissement du bassin une indication d'interrompre la grossesse, l'urgence faisant défaut, les raisons pour ou contre eurent le temps de se produire. La question sortit de la sphère médicale où elle eut dû toujours rester ; des éléments étrangers à la question furent introduits par des personnes ignorantes de la médecine, et comme toujours quand ces accidents se produisent le résultat fut : la stérilité, la confusion, l'obscurité.

Il fallut attendre plus de deux siècles, que le jugement éclairé, l'autorité de notre grand Paul Dubois vint replacer la question sur son véritable terrain.

Est-elle aujourd'hui considérée, acceptée par tous les accoucheurs, comme elle doit l'être ?

Tel n'est point mon avis.

En effet, on peut constater, en parcourant l'historique qui précède, que si la légitimité de l'interruption de la grossesse est admise par tous, quelques accoucheurs réclament pour la mettre en pratique des garanties de divers ordres. C'est ainsi que mon maître Tarnier conseille de donner à cet acte « de la publicité », de prévenir « l'autorité judiciaire ». C'est ainsi que quelques accoucheurs demandent le consentement des autorités religieuses (2).

Non seulement pour ma part je ne saurais partager cette manière de voir et de faire, mais encore je la réprouve absolument.

Pour moi, les autorités judiciaires n'ont pas plus à faire

(1) In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Avortement provoqué, 1re série, t. VIII, p. 574.

(2) Voir compte rendu de la *Société obstétricale de France*, 1902.

dans les indications de l'interruption thérapeutique de la grossesse, que les autorités religieuses.

Les médecins seuls peuvent et doivent être juges de l'opportunité de l'intervention.

Toute opinion émise sur l'opportunité ou la valeur d'une intervention par des personnes étrangères à la médecine ne peut avoir aucune valeur, et doit être considérée non seulement comme une atteinte portée à la dignité des médecins, mais encore comme pouvant constituer un danger pour les malades.

Ce que je veux, ce que réclame ici, comme je l'ai déjà fait ailleurs, c'est le libre exercice du droit que donne le diplôme et dans toute sa plénitude.

Science et conscience, tels sont les deux seuls mobiles qui doivent faire agir le médecin.

Aussi, quand il se trouve en face d'une maladie produite ou aggravée par le fait de la grossesse et menaçant certainement et prochainement la vie, sans aucun souci de l'opinion, sans prendre avis de la « conscience troublée d'un père ou d'un époux », il a le droit imprescriptible et le devoir sacré d'intervenir et d'interrompre la grossesse.

Oh, je comprends très bien que le médecin en présence d'un cas semblable, « au moment de mettre en œuvre un acte opératoire d'une aussi grosse portée », réclame l'avis de confrères compétents dans tous les cas où cela peut se faire. Mais cet appel que je demande instamment, moi aussi, doit être fait bien plus dans le but de déterminer et de préciser l'existence de l'indication, que dans celui de faire partager la responsabilité présente ou future.

Il est encore un autre point sur lequel je suis en opposition avec un certain nombre de mes confrères.

Il faut, disent-ils, quand l'indication existe : *prévenir la malade de son état et obtenir son consentement.*

Je repousse absolument et de toutes mes forces, une telle conduite !

Non, je ne veux ni instruire la femme du danger qui la

Aussi, les progrès de la médecine, de la chirurgie et, disons-le, de l'obstétrique me conduisent à proposer la classification suivante.

1° *Maladies développées par le fait de la grossesse.*

Hémorragies utérines.
Hydropisie de l'amnios.
Grossesse molaire.
Toxémies gravidiques : Vomissements dits incoercibles, albuminurie, convulsions dites éclamptiques, névrites toxiques, etc.

2° *Maladies chroniques aggravées par le fait de la grossesse.*

Maladies de l'appareil circulatoire.
Maladies de l'appareil urinaire.
Maladies de l'appareil respiratoire.

Comme on le voit, je ne fais pas mention des maladies aiguës intercurrentes, car il n'en est aucune, pas même le choléra, qui, comme le croyaient les anciens, puisse, selon moi, présenter une véritable indication d'interrompre la grossesse.

Je n'ai pas non plus fait de rubrique pour les maladies du système nerveux, car je n'en connais pas qui puissent fournir l'indication que j'étudie. C'est assez dire que je considère la chorée compliquant la grossesse comme justiciable d'autres moyens thérapeutiques.

1° *Maladies développées par le fait de la grossesse.*

a) **Hémorragies utérines.** — Quand et de quelle façon les hémorragies utérines peuvent-elles mettre en danger la vie d'une femme enceinte? Quels sont les symptômes qui constituent l'indication précise, urgente de l'interruption de la grossesse ?

Les hémorragies utérines, je n'ai pas besoin d'insister ici

sur ce point, peuvent se déclarer à toutes les périodes de la grossesse, aussi bien dans la première moitié que dans la seconde.

Elles peuvent devenir graves, soit par leur abondance immédiate, soit par leur persistance.

Quels sont les symptômes causés par cette hémorragie abondante d'emblée, ou grave par sa continuité ?

Je considère que la constatation simple d'une grande quantité de sang perdu, tout en ayant de l'importance, n'est pas suffisante pour constituer une indication d'interrompre la grossesse. La décoloration des téguments, les tintements d'oreilles, les tendances syncopales, bien que présentant un caractère alarmant, ne constituent l'indication opératoire que quand, dans ce cortège symptomatique, apparaît d'une façon permanente une *accélération du pouls* assez accusée pour que le nombre des pulsations soit constamment au-dessus de 100.

Pour moi, quelle que soit l'abondance apparente de l'hémorragie, quelle que soit sa durée, je considère que l'indication de l'interruption de la grossesse n'existe pas tant que le nombre des pulsations reste au-dessous de 100.

Elle existe, d'une façon nette, précise et urgente quand, d'une façon permanente, le pouls bat plus de cent fois par minute.

C'est là le précepte que j'enseigne et que je mets en pratique depuis fort longtemps déjà.

b) **Hydropisie de l'amnios.** — Il est bien entendu que par ce terme, si imprécis d'ailleurs, je n'entends parler que des cas où l'abondance du liquide amniotique est extrême. Et encore dois-je ajouter que la quantité de liquide contenu dans l'utérus ne peut fournir à elle seule, dans tous les cas, une indication suffisante.

La période de la grossesse pendant laquelle se produit l'accumulation du liquide, la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se produit l'augmentation du liquide, constituent des éléments dont il faut tenir grand compte.

Il n'est pas très rare de voir des femmes dont l'utérus contenait 6, 8, 10 litres et même plus de liquide amniotique accoucher à terme, tandis que quelquefois, à une période moins avancée de la grossesse, avec une quantité moindre de liquide, des symptômes inquiétants se montrent et forcent à intervenir. Tout dernièrement encore, je vis une jeune femme enceinte de six mois à peine, et chez laquelle des symptômes menaçants me forcèrent à intervenir. Or, la quantité de liquide écoulé, mesurée avec soin, ne dépassait pas 6 litres.

Plus la grossesse est jeune quand se produit l'hydropisie de l'œuf, plus l'augmentation de liquide est rapide, plus le danger sera grand.

Mais l'indication se précise surtout lorsque l'organisme maternel présente l'une des deux conditions suivantes :

Tantôt, avec un œdème plus ou moins accusé, plus ou moins généralisé se montrent de la dyspnée, de l'orthopnée, des phénomènes asphyxiques.

Tantôt, en même temps que se produit une distension rapide de l'utérus, apparaissent des douleurs abdomino-costales ou diaphragmatiques très vives ; puis la peau devient sèche et terreuse, l'amaigrissement très accusé, et la sécrétion urinaire diminue dans des proportions telles que la quantité totale émise dans les 24 heures ne dépasse guère 500 à 600 grammes. C'est l'hydropisie de l'amnios dite aiguë ou fébrile. Je dois dire d'ailleurs que je n'ai jamais dans ces cas constaté d'hyperthermie.

Cette forme, qui se rencontre le plus souvent dans les cas de grossesse double avec hydropisie de l'un des œufs ou des deux œufs, peut cependant se rencontrer avec un fœtus unique.

Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, l'interruption de la grossesse est nettement indiquée.

c) **Grossesse molaire, môle hydatiforme.** — Dans les cas de grossesse dégénérée, appelée : grossesse molaire, môle hydatiforme, môle vésiculaire, etc., la femme ne court pas seulement des dangers du fait de l'hémorragie.

Elle est également exposée à une intoxication spéciale, dont les manifestations principales sont les suivantes : la disparition plus ou moins complète de la contractilité utérine, la teinte cachectique des téguments qui diffère de la pâleur ordinaire causée par l'hémorragie seule.

La diminution ou l'abolition de la contractilité des parois de l'utérus doivent particulièrement attirer l'attention, car, au moment de l'intervention, une hémorragie considérable peut se produire et entraîner rapidement la mort, comme j'ai eu l'occasion de l'observer (1).

Enfin les rapports plus ou moins fréquents de la môle vésiculaire avec le déciduome malin ne peuvent que rendre aussi désirable et aussi rapide que possible l'évacuation de l'œuf dégénéré.

Dans ces cas donc, l'indication s'impose dès que le diagnostic est fait.

Lorsque le diagnostic n'a pu être posé, l'indication peut naître de l'hémorragie.

d) **Toxémies gravidiques. — Vomissements dits incoercibles. — Albuminurie. — Éclampsie. — Névrites toxiques.**

Vomissements incoercibles. Vomissements toxiques.— Depuis que P. Dubois a si magistralement exposé les indications de l'interruption de la grossesse dans les cas de vomissements dits incoercibles, les observations lui ont donné raison contre Cazeaux; et il n'est plus un médecin qui à l'heure actuelle conteste cette indication. Mais on a cherché depuis à la rendre encore plus précise.

Je me suis efforcé pour ma part, depuis plus de vingt ans, à la rendre à la fois et plus rare et plus précise. Je m'explique.

Je ne crois pas qu'on puisse considérer aujourd'hui les vo-

(1) Voyez *Fonctionnement de la Clinique Baudelocque pendant l'année* 1900, p. 100 et 101 (obs. 405).

missements incoercibles comme une maladie, une entité morbide. Ce n'est qu'une manifestation d'une toxémie.

Or je suis convaincu que par une médication appropriée, appliquée dès le début de l'apparition du syndrome vomissement, on peut le plus souvent, sinon toujours, atténuer d'abord et faire disparaître ensuite les manifestations dues à cette toxémie.

J'ai consacré, cette année, à ce sujet, un certain nombre de leçons qui seront publiées prochainement.

Mais il arrive que, soit par incurie, soit pour une autre cause, on se trouve appelé près d'une femme en proie à une toxémie assez intense pour déterminer des vomissements incoercibles. Quand doit-on intervenir?

Depuis P. Dubois, on répond : quand la femme est dans la période fébrile. Or depuis qu'en médecine, on fait usage du thermomètre, il a été reconnu que, dans ces cas, il n'y a pas d'élévation de température. Est-ce que, Dubois s'est trompé? Non. Mais on considérait à son époque toute accélération du pouls comme constituant un état fébrile. Et il y a bien une accélération du pouls.

Aussi, je ne me préoccupe ni de la perte de poids, ni de l'intensité des vomissements. Ce que j'observe avec le plus grand soin : c'est le *pouls*.

D'après de nombreuses observations, j'ai été amené à conclure que, *dès que chez une femme atteinte de vomissements incoercibles ou mieux toxiques, l'accélération du pouls est telle que le nombre des pulsations par minute s'élève à plus de 100, il faut de suite interrompre la grossesse.*

Si l'on attend, cette intervention deviendra inutile, car la mort surviendra quand même, causée par l'empoisonnement du système nerveux.

Albuminurie. — Dans cette toxémie, dont la manifestation la plus facile à saisir est la présence de l'albumine dans les urines et constitue ce qu'on appelle l'albuminurie dite gravidique, il peut arriver que l'indication de l'interruption de la grossesse se montre.

Dans ces cas également, le traitement a rendu cette indication bien rare.

Mais quand par exception chez une femme enceinte dont les urines renferment de l'albumine, le traitement rigoureusement appliqué ne fait pas diminuer la quantité d'albumine, quand l'agitation, l'insomnie se montrent, quand la céphalalgie et les troubles de la vision s'accusent, quand l'acte respiratoire est modifié, on peut trouver dans ce cortège symptomatique une indication suffisante. Mais, je le répète, cette indication est extrêmement rare, si la femme est soumise strictement au traitement spécial qui est connu de tous les médecins à l'heure actuelle.

Éclampsie. — Lorsque la toxémie produit des convulsions chez une femme enceinte, doit-on interrompre la grossesse?

Cette question quoique déjà bien discutée depuis longtemps ne peut, je crois, être résolue à l'heure actuelle. Peut-être, et je le souhaite, va-t-on nous apporter dans ce Congrès des documents nous permettant de la résoudre. Mais je ne puis que répéter aujourd'hui ce que je disais au Congrès de Nantes, l'année dernière, à propos d'une intéressante communication de mon collègue et ami le docteur Hirigoyen, de Bordeaux, sur la valeur de l'intervention dans les accès éclamptiques (1). Je n'ai dans ce traitement qu'une confiance absolument relative. Je l'ai employé dans un cas avec succès (2), je le reconnais, mais les symptômes observés étaient exceptionnels. De nouvelles statistiques, de nouveaux documents, me semblent indispensables pour entraîner la conviction, car je sais combien les séries heureuses sont trop souvent suivies de séries malheureuses. Jusque-là je considère qu'à moins de circons-

(1) Voir *Comptes rendus du Congrès d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Nantes.* Séance du 27 septembre 1901. — Notes cliniques sur 76 cas d'éclampsie, par Hirigoyen, chirurgien de la Maternité de Bordeaux.

(2) Voir *Fonctionnement de la clinique Baudelocque, année* 1897 (obs. 824).

tances exceptionnelles, la nécessité de l'interruption de la grossesse chez une femme atteinte d'accès éclamptiques ne paraît pas suffisamment démontrée. Mon collègue, le professeur Queirel, déclara dans la même séance qu'il partageait complètement mon opinion.

Névrites toxiques. — Ici l'indication sera en rapport avec la marche et l'intensité de la maladie.

2° *Maladies chroniques aggravées par le fait de la grossesse.*

a) **Maladies de l'appareil circulatoire.** — Bien que la grossesse ne puisse faire naître par elle-même des affections cardiaques, elle peut, en aggravant celles qui préexistent, mettre la vie de la femme en danger. Il peut se produire ce qu'on appelle à l'heure actuelle des *accidents gravido-cardiaques*, bien étudiés en particulier dans la thèse d'agrégation de mon collègue Porak (1).

Ces accidents se produisent surtout chez les cardiaques dont les reins et le foie sont atteints en même temps d'impotence fonctionnelle.

Le fonctionnement des reins est particulièrement à surveiller chez les cardiaques.

L'indication de l'interruption de la grossesse dans ces cas n'apparaît que lorsque se montrent avec l'asystolie, des phénomènes de dyspnée et d'asphyxie.

Il est impossible de préciser le moment opportun de l'intervention : chaque cas offre pour ainsi dire une physionomie spéciale; c'est donc à la sagacité du médecin qu'il appartient de le déterminer.

Tout ce que mon expérience a pu m'apprendre, c'est d'abord que l'interruption de la grossesse dans la première moitié est suivie plus souvent de succès que quand elle a lieu dans

(1) Porak, *De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur*, 1880.

la seconde, — ensuite que l'intervention a d'autant plus de chance d'être heureuse que l'évacuation de l'utérus aura été plus rapide.

b) **Maladies de l'appareil urinaire.** — La grossesse survenant chez une femme atteinte de *néphrite* peut déterminer des accidents menaçant sa vie. Si ces accidents peuvent se montrer dans toutes les périodes de la grossesse, ils se montrent souvent dès le début.

Les symptômes observés le plus communément dans ces cas sont : la présence de l'albumine en plus ou moins grande quantité dans les urines; la diminution progressive de l'urine excrétée ; des troubles psychiques, des manifestations dites urémiques, etc.

Ici encore, il n'y a pas de symptôme spécial, il n'y a pas de critérium constituant l'indication formelle d'une intervention.

C'est dans l'ensemble des symptômes qu'on doit chercher cette indication. Cependant, dans les cas relativement nombreux où j'ai eu à prendre un parti, je me suis surtout appuyé sur la quantité d'urine émise dans les 24 heures.

Tant que la quantité recueillie dans ce laps de temps est égale à 800 ou 1.000 grammes, je crois que l'intervention n'est pas indiquée, à moins de circonstances exceptionnelles.

Mais dès que la quantité tombe au-dessous de ce chiffre et s'y maintient, je crois qu'il est opportun d'interrompre la grossesse.

La *pyélo-néphrite* peut être également aggravée par le fait de la grossesse, et à ce point que les jours de la femme soient en danger.

Contrairement à la néphrite, la pyélo-néphrite ne détermine le plus souvent ces accidents graves que vers la fin de la grossesse. Dans ces cas l'intensité de la fièvre, la difficulté plus ou moins grande avec laquelle s'opère la sécrétion urinaire, l'état général peuvent seuls déterminer l'intervention.

C'est en m'appuyant sur l'intensité de ces symptômes que

j'ai pu, avec mon collègue Lepage, interrompre heureusement la grossesse dans un cas de pyélo-néphrite (1).

c) **Maladies de l'appareil respiratoire.** — Existe-t-il des maladies chroniques des voies respiratoires qui puissent être suffisamment aggravées par le fait de la grossesse pour faire naître l'indication de son interruption?

Je dois dire que, parmi les maladies de l'appareil respiratoire, la tuberculose pulmonaire me paraît devoir être seule envisagée. Et à la question posée plus haut, je réponds d'une façon absolument négative.

Que la grossesse assez souvent — mais non toujours — aggrave la tuberculose pulmonaire, je le reconnais ; mais existe-t-il un fait qui démontre d'une façon nette que l'expulsion prématurée du produit de conception ait retardé l'évolution de la maladie et la terminaison fatale? Je n'en connais pas. Notre indication générale, qui doit primer tout, ne peut donc exister dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Je me suis expliqué du reste sur ce point dans la courte préface que j'ai eu l'honneur d'écrire pour le beau livre de mon éminent collègue et ami le professeur Queirel (2), avec qui je suis en contradiction sur ce point.

J'ai écrit : « Pour moi, l'indication de l'accouchement provoqué, ou de l'avortement provoqué, n'existe jamais chez une femme enceinte tuberculeuse.

« *En face d'une femme enceinte tuberculeuse, le médecin n'a qu'une chose à faire : soigner la tuberculose et surveiller simplement la grossesse.* »

Je n'ai rien à ajouter ni à retrancher aujourd'hui à ce que j'ai écrit hier. Je crois du reste ne pas trop m'avancer en affirmant que cette opinion est celle de la plupart des accoucheurs français.

---

(1) Voir in *Bulletin de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie.*

(2) Queirel, *Leçons de clinique obstétricale*, Paris, 1902.

Je termine ce rapport en donnant un tableau résumé de toutes les interruptions de la grossesse pratiquées à la clinique Baudelocque de 1890 à 1900 inclusivement. Les observations étant publiées chaque année dans le *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, je n'ai pas cru devoir les reproduire ici.

Interruptions de la grossesse provoquées à la Clinique Baudelocque par le professeur PINARD, *de* 1890 *à* 1900 *inclusivement, pour des causes autres que le rétrécissement du bassin.*

ANNÉES	NOMBRE	CAUSES
1890	0	»
1891	0	»
1892	3	Albuminurie grave. Mort le 6e jour (Obs. 196). Rétrécissement mitral (accidents gravido-cardiaques). Guérison (Obs. 506). Accidents gravido-cardiaque (in extremis). Mort (Obs. 514).
1893	0	»
1894	3	Hémorragie très abondante. Guérison (Obs. 873). 2 asystolies. 2 guérisons (Obs. 122 et 1.455).
1895	6	3 insertions du placenta sur le segment inférieur avec hémorragies. 3 guérisons (Obs 577, 656 et 1938). Albuminurie. Guérison (Obs. 195). Vomissements incoercibles. Néphrite-Myocardite. Sortie du service, mais mort quelques jours après chez elle (Obs. 1083). Albuminurie. Guérison (Obs. 1815).
1896	2	Hydropisie de l'amnios. Grossesse double. Guérison (Obs. 1013). Vomissements incoercibles. Guérison (Obs. 1835).
1897	2	Eclampsie grave. Dilatation manuelle. Guérison (Obs. 824). Albuminurie grave. Guérison (Obs. 2217).
1898	1	Hémorragie grave due à un décollement prématuré du placenta. Guérison (Obs. 84).
1899	1	Affection cardio-rénale. Mort neuf jours après (Obs. 410).
1900	2	Hémorragies répétées. Guérison (Obs. 389). Grossesse molaire. Mort (Obs. 405).
TOTAL...	20	

En résumé, dans une période de dix années, pendant laquelle 22.708 femmes vinrent accoucher dans mon service, 20 fois l'indication d'interrompre la grossesse fut jugée nécessaire, et 15 fois l'intervention fut suivie de succès.

LA FIN ET LE TESTAMENT DE LEVRET

Par M. H. Varnier.

Lorsque Tarnier accepta, en 1866, de faire sur Levret une des conférences historiques organisées par la Faculté de médecine (1), il eut toutes les peines du monde à mener son entreprise à bien, « personne n'ayant, dit-il, écrit la vie de Levret ».

Nous ne sommes pas aujourd'hui mieux fournis qu'en 1866. Doivent donc être les bienvenus tous les documents permettant d'ajouter quelques touches à l'esquisse peu poussée qui nous est restée du maître accoucheur du xviii[e] siècle. Ce que j'apporte aujourd'hui contribuera à lever un coin du voile qui cache les dernières années, *la fin de Levret*.

Il avait 65 ans, et bien mérité le repos vers lequel il semblait s'acheminer doucement, lorsque brusquement, en 1770 et 1771, il rentre dans l'arène et publie coup sur coup, dans le *Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie* de son ami Roux, professeur de chimie à la Faculté, une quinzaine de lettres, de notes et de mémoires dont voici l'énumération :

1° Réflexions sur l'utilité du forceps courbe, par M. Levret, chirurgien (t. XXXIII, 2[e] sem. 1770) ;

2° Extrait des *Observations sur les causes et les accidents de plu-*

(1) « Dans le but, disait Verneuil, de prévenir et de combattre un préjugé qu'on inculque à la jeunesse et qu'elle adopte volontiers, un peu par ignorance et beaucoup par paresse, et qui consiste à traiter avec dédain les études médicales historiques. » (*Conférences historiques faites pendant l'année* 1865, in-8, Paris. Germer Baillière.)

sieurs accouchements laborieux, 3e édition, par M. Levret, chirurgien (*ibid.*, p. 291);

3° Sentiment de M. Levret, chirurgien, sur le projet de M. Laugier, pour la ligature des polypes utérins (*ibid.*, p. 449);

4° Lettre sur l'usage du forceps courbe, par M. Guiot, chirurgien (*ibid.*, p. 454) ;

5° Autres témoignages en faveur du forceps de M. Levret (*ibid.*, p. 459);

6° Nouvelle méthode de lier les polypes de la gorge, par M. Levret, chirurgien (*ibid.*, p. 535);

7° Sur un accouchement laborieux terminé heureusement avec le forceps courbe, par M. Dolignon, chirurgien à Crécy-sur-Seine (t. XXXIV, supplément 1770, p. 187);

8° Remarques sur l'usage des pessaires et la meilleure manière de les construire (*ibid.*, p. 428);

9° Réflexions de M. Levret sur la lettre de M. Buttet insérée dans le *Journal de Médecine* de janvier 1771 (sur les polypes) (t. XXXV, 1er sem. 1771, p. 157);

10° Sur un nouvel instrument pour les polypes du nez (*ibid.*, p. 353);

11° Offre par M. Levret d'une marque de garantie pour les instruments qu'on achètera à son fabricant, qui vient de changer d'adresse (*ibid.*, p. 375) ;

12° Extrait d'une lettre écrite par M. Hoin, chirurgien, à M. Levret, sur son forceps courbe et sur sa pince à faux germe (*ibid.*, p. 462);

13° Autres extraits de deux lettres écrites au même, par M. Le Blanc, chirurgien (*ibid.*, pp. 469 et 470) ;

14° Observations sur l'usage du forceps courbe, par M. Piet, chirurgien (t. XXXVI, 2e sem. 1771, p. 264) ;

15° Lettre de M. Levret, chirurgien, sur un passage de son *Essai* qui traite de l'allaitement des enfants (*ibid.*, p. 364).

Dans le même temps, le même journal publie tous les trois mois une annonce ainsi conçue :

COURS D'ACCOUCHEMENT

« *M. Levret*, accoucheur de Madame la Dauphine, etc., etc.,

ouvrira son (premier, deuxième, troisième) quatrième cours d'accouchement le mardi 20 octobre 1770, à neuf heures précises du matin. Ceux qui désireroient le suivre sont priés de s'inscrire chez lui, rue des Fossés-Montmartre, près la rue Montmartre, à côté du notaire. »

Même annonce en décembre 1770, pour le 8 janvier 1771 ; en mars 1771, pour le 9 avril.

A partir de l'automne de 1771, les annonces du cours disparaissent, et les publications s'espacent.

Après la 3e édition des *Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, de la gorge et du nez*, en 1772, on ne trouve plus dans le journal de Roux que :

En 1772 :

16° Les *Nouvelles Observations sur l'allaitement des enfants*, par M. Levret (t. XXXVII, 1er sem., pp. 46, 143 et 233) ;

17° Des *Observations sur les soins qu'exigent les enfants qui viennent de naître* (*ibid.*, pp. 347, 410 et 512) ;

En 1773 (Levret a 70 ans) :

18° *Sur les becs de lièvre de naissance* (t. XXXIX, 1er sem., p. 543) ;

19° *Réponse de M. Levret sur une question chirurgico-légale* (*ibid.*, p. 336) ;

20° *Nouvelles Remarques sur les déplacements de la matrice* (t. XL, 2e sem., p. 169).

Après quoi le silence se fait.

Il est aisé de dépister la cause de ce regain d'activité.

Reportons-nous à 1768.

Smellie est mort depuis 5 ans. De son amphithéâtre particulier de la rue des Fossés-Montmartre, André Levret, accoucheur de Mme la Dauphine, conseiller du Comité perpétuel de l'Académie royale de Chirurgie, associé de celle de botanique et d'histoire naturelle de Cortonne, « *omni laude major, scholæ chirurgicæ parisiensis et artis lumen* », régente de par le monde (qu'il inonde depuis près de 20 ans

d'élèves et de forceps courbes) l'art des accouchements, les maladies des femmes et celles des petits enfants.

Autour de lui, quelques étoiles de troisième grandeur — le médecin Antoine Petit, le chirurgien Péan, Deleurye, conseiller chirurgien ordinaire du Roi en son Chatelet — le commentent dans des cours particuliers ; tandis que Gervais, très effacé démonstrateur royal aux Écoles de Chirurgie, achève de vivre sur la réputation de son défunt maître Puzos.

J.-L. Baudelocque, frais émoulu de sa province, cherchant sa voie (il a 22 ans), est près d'entrer dans l'orbe de Levret, maître incontesté.

C'est alors que débarque à Paris, et s'installe rue de la Harpe, à portée de l'amphithéâtre de Saint-Cosme et de l'église Saint-Séverin, un Gascon de 31 ans, malingre et tousseur, dont les étudiants du Midi disent déjà monts et merveilles. Il a pour tout bagage un diplôme, à peine vieux d'un an, de docteur en Chirurgie de Montpellier, et quelques Cahiers sur les accouchements, fruits de ses lectures, de ses réflexions et d'une pratique commençante — la Faculté de Montpellier n'enseignant point l'obstétricie. Il avait nom Solayrès (de Renhac) et venait de Calhac, au diocèse de Cahors, pour faire la conquête de Paris.

Solayrès avait deux forts atouts dans son jeu : son frère était vicaire de la plus grosse paroisse de l'Université, Saint-Séverin ; son maître de Montpellier, Serres, lui avait mis en poche une lettre de recommandation pour le « Chef de la Chirurgie française », Messire Germain Pichault de La Martinière, conseiller et premier chirurgien du Roi, et président perpétuel, depuis 20 ans déjà, de l'Académie royale de Chirurgie.

La rapide fortune de Solayrès ne doit donc pas trop nous étonner.

La Martinière, fin connaisseur, jette aussitôt son dévolu sur ce méridional convaincu, qui — comme dira Antoine Dubois plus tard à Nægele fils — semble, en fait d'accouchements,

avoir « tout pris de lui-même ». Il le *désigne* d'emblée pour être *Démonstrateur* à l'Ecole pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales qu'il a annexée aux Écoles de Chirurgie.

La nomination officielle, dont La Martinière dispose sans contrôle, ne pourra toutefois être faite qu'après que Solayrès aura rempli les formalités nécessaires à sa naturalisation ou « aggrégation », c'est-à-dire soutenu aux Écoles de Chirurgie une thèse pour la maîtrise parisienne. Le Premier Chirurgien en paiera les frais.

Tandis qu'il se prépare à cet acte public *pro magisterii laureâ*, pressé de faire connaître aux Parisiens ses vues sur les accouchements, si différentes à plus d'un titre de l'enseignement de Levret, Solayrès ouvre un cours particulier.

Un succès sans précédent accueille le nouveau venu, succès tel que Levret, sentant sa situation menacée, reprend de plus belle à 67 ans ses cours et ses publications. S'il s'arrête presque court à l'automne de 1771, c'est que la quiétude lui est revenue.

En octobre de cette année, en effet, Solayrès éprouve les premiers symptômes de la phtisie laryngée qui va en six mois le conduire au charnier de Saint-Séverin (1). Il perd la voix et se voit obligé de passer la parole et ses notes à Baudelocque, qu'il a distingué parmi ses élèves, et qu'il juge le plus qualifié, malgré ses 25 ans, pour continuer son enseignement.

Cependant Solayrès s'occupe d'imprimer sa thèse : *De par-*

---

(1) C'est en vain qu'on chercherait la tombe de Solayrès ou une plaque commémorative quelconque dans l'église de Saint-Séverin ; il a été enterré dans le charnier, comme il appert de son acte de décès, copié en 1830, à l'instigation de Dupuytren, sur les registres de la paroisse, par César-Auguste Baudelocque, et brûlé en 1871, dans les incendies de la Commune.

Nægele fils nous a conservé la copie :

« François-Louis-Joseph Solayrès de Renhac, de la paroisse de Calhac, diocèse de Cahors, mort, rue de la Harpe, le 3 avril 1772, âgé de 35 ans, inhumé le lendemain samedi 4 avril *dans le cimetière de Saint-Séverin*, en présence d'Antoine Solayrès, son frère, prêtre vicaire de la paroisse Saint-Séverin. »

tu viribus maternis absoluto, dont la soutenance est prévue pour la fin de décembre.

Au jour fixé pour l'acte public (22 décembre 1771), la maladie a fait de tels progrès que Solayrès ne peut affronter la soutenance (1).

Il traîne quelques mois encore. Repris par moments de l'espoir de guérir, ou soucieux de laisser le plus possible de sa doctrine, il ébauche la rédaction de quelques nouvelles pages: *De mulierum organis generationi inservientibus.* C'est le sup-

(1) La note qui précède permet de corriger une erreur propagée par la collection des thèses du Collège de Chirurgie que possède la bibliothèque de la Faculté de Médecine. Une annotation manuscrite donne à entendre que la thèse de Solayrès n'a pu être soutenue au jour fixé de décembre 1771, le candidat étant mort avant ce jour.

Cette thèse annotée se trouve dans le tome II de la collection que la Faculté tient « ex dono *Petri Sue,* antiqui Collegii ejusdem Præpositi et Quæstoris » (n° 90981). Elle porte imprimée au-dessous du titre :

Parisiis
in regiis chirurgorum scholis
Die mensis decembris a sesqui secunda post
meridiem, ad septimam, A. R. S. H. 1771
pro actu publico et magisterii laureâ.

A la place de la date laissée en blanc est écrit de la même écriture que *l'ex dono Petri Sue* : « XXII° »; et au-dessous : « Cette thèse n'a point été soutenue, l'auteur étant mort avant d'en avoir eu le temps »; Le même renseignement erroné se retrouve, imprimé, à la page 453 du Tome II des *Essais historiques* de M. Süe le jeune (Paris, 1779) : « Je ne connais, dit-il, de M. Solayrès, que sa thèse *de partu*, qu'il devait soutenir le 22 décembre 1771, et qu'il ne soutint pas, parce qu'il mourut quelque temps auparavant. »

Même note dans le catalogue imprimé des thèses de chirurgie de Paris, que possède la bibliothèque de la Faculté (n° 90981), sous ce titre :

« Positionum quæ circa anatomiam et chirurgiæ praxim ab anno 1749 ad finem anni 1786 in scholis Collegii chirurgiæ Parisiensis agitatæ sunt et discussæ series chronologica, cum magistrorum præsidum et candidatorum propugnantium nominibus. »

On y lit :

Dubertrand I (président)	22 déc. 1771. *Dissertatio de partu viribus Maternis absoluto**	Solayrès (candidat).

* *Hæc dissertatio non propugnata fuit ejusdem auctore paucis diebus ante cooptationis diem vitâ defuncto.*

plément que portent quelques exemplaires de sa thèse (1) et qui se termine par trois, *etc.*, la mort y ayant mis le point suspensif le 3 avril 1772.

Du coup, Levret va pouvoir prendre sa retraite. L'année même il passe ses cours à son élève Destremeau, dont il va bientôt faire son gendre et son aide de pratique.

Les grossesses et les accouchements de la comtesse d'Artois, à Versailles, vont absorber la fin de sa vie.

L'année même où Levret cesse d'écrire (1773), celui qui devait être Charles X épousait Marie-Thérèse de Savoie. Elle fut la dernière cliente de marque de Levret; chirurgien accoucheur de feu Mme la Dauphine, il fut désigné pour être chirurgien accoucheur de la comtesse d'Artois.

Lorsqu'il eut à l'assister pour la première fois, à la naissance du duc d'Angoulême (6 août 1775), il avait 72 ans. On peut croire qu'il se fit assister en cette circonstance, comme le 5 août 1776, pour la naissance de Mademoiselle, et le 24 janvier 1778, pour celle du duc de Berri, par Destremeau. Cependant l'almanach royal continue à le désigner comme unique titulaire de la charge, sans survivancier. Destremeau n'héritera du titre qu'après 1780, et encore ne sera-t-il que « désigné ». Levret semble donc avoir jusqu'à la fin conservé bon pied, bon œil et toutes ses facultés.

C'est ce que va nous démontrer en effet la lecture de son testament.

J'ai retrouvé ce testament notarié dans les archives de Me Rouen, notaire au Chatelet, en 1780 (2).

Le voici :

---

(1) Voir à la bibl. de la Fac. de méd. de Paris, n° 91009, tome 50, n° 4, un de ces exemplaires. Après le mot *Finis* de la thèse, il y a une annexe de 4 pages (37 à 41) intitulée : « *De Mulierum organis generationi inservientibus.* »

(2) Rue Saint-Honoré, vis-à-vis l'hôtel de Noailles.

« 17 *janvier* 1780. *Testament de André Levret.* — Par devant Me Rouen, ci-dessus nommé, et son confrère de la Roche (1) a comparu :

André Levret, conseiller du comité perpétuel de l'Académie royale de Chirurgie, accoucheur de feu Mme la Dauphine et de Mme la Comtesse d'Artois, professeur et démonstrateur en l'art des accouchemens et de l'Académie de Cortonne, demeurant à Paris rue des Fossés-Montmartre, paroisse Saint-Eustache, en une maison dont il est propriétaire — trouvé dans son lit étant dans sa chambre à coucher, au deuxième étage de la maison, ayant vue sur la cour, malade de corps, mais sain de mémoire, esprit et jugement ainsi qu'il est apparu aux notaires soussignez — lequel en vue de la mort a fait, dicté, et nommé aux notaires soussignés son testament ainsi qu'il suit :

Je recommande mon âme à Dieu et le supplie de me faire miséricorde par les mérites infinis de Notre Seigneur Jésus-Christ.

Je m'en rapporte sur mes funérailles à la prudenee de mon exécutrice testamentaire ci-après dénommée. Je lui recommande la plus grande simplicité chrétienne.

Je m'en rapporte aussi à sa piété et à sa bienfaisance sur les prières qu'elle jugera à propos de faire pour le repos de mon âme et les aumônes à faire après mon décès.

Je donne et lègue à Roze-Elisabeth Lecomte, fille majeure, femme de chambre de mon épouse, pour la récompenser de ses soins dont nous avons toujours eu lieu d'être contents, la somme de mille livres une fois payée.

Je déclare qu'il ne m'est rien dû par M. Jourdain, avocat, ci-devant agent de change (2), demeurant chez moy, pour nourriture et logement depuis le dérangement de ses affaires, l'ayant invité de rester chez moi et d'y accepter sa nourriture sous la condition qu'il ne pourroit être rien répété contre lui pour raison de ce.

Je donne et lègue à titre de prélex au Sr-André-Augustin Levret, mon fils, 3.000 livres une fois payées.

---

(1) Rue Neuve-des-Petits-Champs, au coin de la rue Richelieu.

(2) L'almanach royal de 1774 indique Jourdain comme quatrième avant-dernier sur la liste des agents de change, banque et finances, « rue des Fossés-Montmartre, à côté de M. Bouron, notaire ». C'est l'adresse de Levret. Jourdain y est locataire dès sa nomination en 1771. Le dérangement de ses affaires s'est vraisemblablement produit entre octobre 1776 et octobre 1777 : il n'est plus porté au rôle sur l'Almanach royal de 1778.

J'entends qu'il ne puisse être rien répété contre M. Destremeau mon gendre et dame Anne-Catherine Prudence Levret, épouse Destremeau, des objets de mon cabinet que je leur ai donnés et qu'ils ont emportés *lorsqu'ils se sont retirés de chez moi*, ayant jugé à propos de leur faire ce cadeau pour procurer à mon gendre de faire ses cours et son état avec plus de facilité, faisant à mon gendre et à ma fille don et legs en tant que de besoin de ces objets.

J'entends que Mme Destremeau rapporte à ma succession, telle que de droit, la dot que je lui ai constituée par son contrat de mariage en sorte qu'elle n'aura que sa moitié, etc.

A l'égard du surplus des biens, meubles et immeubles que je délaisserai au jour de mon décès (1) je le donne et lègue pour moitié à dame Destremeau, ma fille, et l'autre moitié à André-Augustin Levret mon fils, les instituant chacun à leur égard mes légataires universels pour moitié, à la charge de substition dont je les grève en faveur de leurs enfants et descendants et les uns envers les autres tant que substition peut avoir d'étendue, et à défaut d'enfants et descendants en faveur l'un de l'autre et des enfants et descendants du survivant.

Je prie ma chère épouse (2) d'être mon exécutrice testamentaire et

(1) Levret a dû laisser une assez jolie fortune si le dérangement des affaires de son locataire et ami, l'agent de change, ne l'a pas écornée. Nous avons vu qu'il était propriétaire de la maison où il mourut. La tradition veut qu'en 1736, dès le début de sa carrière, avant même d'être reçu à Saint-Cosme, il ait été gratifié, par un client reconnaissant, de 300 livres de rentes réversibles sur ses descendants, et de 100.000 livres en billets de fermes remis de la main à la main. Son maître, Jean-Louis Petit, l'aurait fait, en 1750, son héritier pour 40.000 livres. Un accouchement clandestin, dont parle Tarnier, lui aurait valu 24.000 livres d'honoraires. Joignez à cela les accouchements de la Dauphine et de la comtesse d'Artois, etc., ses publications, des cours particuliers pendant plus de 30 ans. Vous jugerez peut-être après cela qu'il fallait qu'il fût un peu en froid avec sa fille et son gendre pour insister ainsi dans son testament sur le désir de voir respecter l'unique disposition faite en faveur de sa femme, de la bague aux quatre diamants blancs.

(2) Veuf d'un premier mariage, Levret avait, nous dit Tarnier, qui ne cite point sa source, « épousé en secondes noces la nièce de sa première femme. A 55 ans (1758), il en eut une fille qu'il maria plus tard à un chirurgien du nom de Destremeau... ; à 60 ans (1763), il eut un fils,... Augustin Levret, qui devint soldat de la République,... et fut adjudant général des armées françaises ».

La fille, d'après cela, devait avoir 16 ans, lorsque Destremeau vint

de donner à ma mémoire cette dernière marque de la tendre amitié qui a toujours régné entre nous ; et je la prie d'accepter la bague de quatre diamants blancs dont Mme la comtesse d'Artois m'a fait présent et de conserver cette bague en nature tant qu'elle vivra comme un cadeau qui ne sauroit nous être trop précieux, par la main dont il nous vient (1).

Je recommande à mes enfants d'avoir la plus grande déférence pour leur mère et de ne jamais se départir du respect, de la reconnaissance et de la tendresse qu'ils lui doivent. Je sais que les lois n'autorisent pas les maris à disposer en faveur de leur épouse et néantmoins je n'ai pas hésité à léguer à ma chère épouse la bague dont m'a honoré Mme la comtesse d'Artois, étant dans la persuasion qu'une pareille disposition sera agréable à mes enfants et que d'ailleurs par son motif et sa nature elle n'est pas susceptible d'être critiquée ».

L'an 1780, le 17 janvier, « sur les six heures de relevée », Levret a apposé sa signature, la dernière sans doute, au bas de l'acte notarié.

Ce n'est que cinq jours plus tard, le samedi 22 janvier 1780, qu'il mourut, « d'une colique de miserere, suite d'une humeur

habiter chez Levret en 1774, et le fils, 17 ans, à l'époque du testament. C'est sans doute le Levret *adjudant général chef de bataillon* qui fait son apparition au n° 2 de la liste des quinze adjudants généraux de même grade de l'armée du Rhin (Pichegru, commandant en chef) sur l'état des officiers et adjudants généraux employés dans les armées de la République, à l'époque du 1er frimaire an II républicain. En l'an III il est, à la même armée du Rhin, avec Michaut comme général en chef, Desaix et Saint-Cyr comme généraux de division, *adjudant général chef de brigade* (12e sur la liste, qui comprend : Lacroix, Scherbe, Léger, Houel, Vienot, Maujean, Duvergnot, Bouland, Martin, Tholmé, Picard, *Levret*). — En l'an 4, Levret est, avec le même grade, à l'armée du Rhin et Moselle, sous Pichegru. En l'an V, il a disparu non seulement de l'état-major de l'armée du Rhin-et-Moselle, mais de toute rubrique militaire de l'almanach national. Il devait avoir 33 ans.

(1) Comparez cette phrase très loyaliste avec cette réflexion de Tarnier : « Chose singulière et digne de remarque, en lisant ses ouvrages qui parurent de 1742 à 1773, on y sent que la révolution de 89 approche. Partout on trouve sous sa plume les mots patrie, nation, citoyen, concitoyen. On n'y rencontre pas une seule fois le nom du roi ou celui de la Dauphine dont il était l'accoucheur. » (Tarnier, 10e conférence historique, p. 330).

catarrhale refluée sur les intestins et terminée par gangrène. Cette maladie était occasionnée par un travail forcé » (3). Levret avait 77 ans.

Le *Journal de Paris* du mardi 25 janvier 1780 annonçait sèchement l'enterrement

« De M. Levray, maître en Chirurgie, rue des Fossés-Montmartre. »

Ce n'est que le jeudi 27 janvier que ce même journal insère en article de tête, et sous la rubrique Nécrologie, une note biographique ayant toutes les allures d'un communiqué.

Après avoir conté, dans les termes qu'a copiés Tarnier, l'histoire des soins donnés par Levret au financier Samuel Bernard, et de la façon dont il en fut récompensé, celle de sa liaison et de sa collaboration avec Louis, rappelé les 30 années de cours particuliers, les élèves accourant de partout pour se former à ses leçons, les traductions de ses œuvres en toutes les langues, l'auteur conclut que Levret « a porté l'art des accouchements à un degré de perfection qui honore la Chirurgie et la Nation ».

Et il termine par ce couplet révélateur :

« La chirurgie et l'humanité font donc tout à la fois une grande perte dans la personne de ce célèbre accoucheur. Mais ce qui doit la rendre peut-être moins sensible (!), c'est le choix que M. Levret a fait, il y a quelques années, de M. Destremeau, comme d'un homme digne de lui succéder en réputation et en talent.

« Juge sévère du mérite dans son art, M. Levret avoit accueilli, *prévenu* même M. Destremeau.

« Il crut pouvoir se démettre en sa faveur de l'enseignement public sur les accouchements, et il lui abandonna les pièces précieuses qui composoient son cabinet. Il ne tarda pas à le prendre seul pour adjoint dans sa pratique ; il avoit fait plus ; il l'avoit pris pour gendre, voulant assurer par là à

(3) *Journal de Paris*, 27 janvier 1780.

M. Destremeau un double titre à lui succéder. Aussi le public a-t-il ratifié ce choix, et dans aucune circonstance on n'a refusé au gendre la confiance qu'on accordoit au beau-père et qu'il mérite à juste titre. »

La postérité n'a pas fait comme le public de 1780 : elle ignore Destremeau (1).

L'épilogue est donné par cette annonce du même journal de Paris du 17 avril 1780 :

---

(1) J'ai pu, à grand peine, réunir sur Destremeau les quelques notes qui suivent :

Antoine de son petit nom, Parisien de naissance, maître ès art naturellement, « nuper adjutor primarii castrorum exercitumque Chirurgi », il fut reçu, à Saint-Cosme, maître en l'art et science de Chirurgie de la ville de Paris, le 24 septembre 1763, avec une thèse (n° 34 de la collection qui commence en 1749 par la thèse de Louis) : *De corporibus extraneis intra æsophagum hærentibus.*

A cela paraissent s'être bornées « ses publications ».

De 1764 à 1774, il pratique en l'Université, rue des Noyers (boulevard Saint-Germain), vis-à-vis la rue des Carmes.

En 1774, l'almanach royal le loge même rue, mais près Saint-Yves, c'est-à-dire au coin de la rue Saint-Jacques, tandis qu'en 1775, 1776 et 1777, il a passé *rue des Fossés-Montmartre.* Il la quitte en 1778 pour la rue Neuve-Sainte-Eustache.

Si nous rapprochons ces renseignements fournis par l'almanach royal de la phrase du testament de Levret : « J'entends qu'il ne puisse être rien répété contre M. Destremeau mon gendre et dame Anne-Catherine-Prudence Levret, épouse Destremeau, des objets de mon cabinet que je leur ai donnés et qu'ils ont emportés *lorsqu'ils se sont retirés de chez moi* », nous sommes autorisés à conclure que Destremeau s'est marié en 1774 (l'almanach royal s'imprimant en octobre pour l'année suivante), et qu'il a habité la maison de Levret jusqu'en 1777.

L'année même où il s'est retiré de chez Levret parait à Mons un *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*, par N.-P.-J. Eloy.

J'y relève cet alinéa qui me paraît avoir quelques parenté avec l'article nécrologique ci-dessus indiqué :

« C'est un vrai dommage que les occupations multipliées de M. Levret ne lui permettent plus de continuer les leçons de ses cours. *Mais ce vide est heureusement rempli* par les soins et les talents de M. Destremeau, son gendre, membre du Collège de Chirurgie de Paris depuis le 24 Septembre 1763.

« M. Levret lui a remis la collection riche et précieuse de toutes les pièces qui sont nécessaires pour les démonstrations.

« M. Destremeau prépare d'ailleurs une édition des écrits fugitifs

« Notice de quelques livres, d'instruments de chirurgie, d'objets relatifs à l'histoire naturelle, tableaux, dessins, dépendant de la succession de M. Levret, conseiller honoraire de l'Académie royale de chirurgie, accoucheur de S. A. R. Mme la comtesse d'Artois et de feue Mme la Dauphine, etc. ;

« Dont la vente se fera aujourd'hui et jours suivans de relevée, en sa maison rue des Fossés-Montmartre.

« Cette notice se trouve chez Mme Levret, rue des Fossés-Montmartre et chez M. Serreau, huissier commissaire-priseur, quai de Bourbon, isle Saint-Louis. »

Tandis que s'achevait ainsi la liquidation de la succession de Levret, Antoine Louis préparait, en sa double qualité d'ami du disparu et de Secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie, l'histoire d'une vie dont il avait été le témoin durant plus de trente ans.

Mais la guigne qui avait tenu Levret constamment éloigné de toute situation officielle l'ayant poursuivi par delà le tombeau, cette biographie, la seule dont on ait connaissance, lue à l'Académie de Chirurgie le 6 avril 1780, est restée inédite. L'original a été en vain recherché par Tarnier, dans les archives de l'Académie royale de Chirurgie, que l'Académie de Médecine a cru devoir enlever en 1824 à la Faculté de Médecine.

Souhaitons que le déménagement de l'Académie, annoncé pour la fin de l'année courante, fasse sortir lesdites archives de l'enlizement où elles sont actuellement perdues, et ramène à la lumière le manuscrit de Louis.

---

de son beau-père auxquels il ajoutera quelques mémoires ou dissertations qui n'ont pas encore été publiés. »

Cette édition n'a point paru.

Après la mort de Levret, Destremeau, au lieu de rentrer rue des Fossés-Montmartre, près de sa belle-mère et de son beau-frère mineur, demeure rue Neuve-Saint-Eustache. Il porte en 1781 et 1782 le titre : *désigné accoucheur de Madame la comtesse d'Artois ;* en 1783 et 1784, l'almanach le porte *accoucheur* de la même princesse. Il disparaît en 1785 et n'est pas remplacé. J'ai pu retrouver la date de sa mort aux archives de la Seine : 9 août 1784.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMEN CLINIQUE DE L'APPAREIL URINAIRE DE LA FEMME

Par le docteur **Hartmann.**
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien de l'hôpital Lariboisière

1° **Interrogatoire.** — Lorsque vous vous trouverez en présence d'une femme se plaignant de troubles urinaires, commencez par écouter le récit de la malade et tirez ainsi une indication de l'affection pour laquelle elle vient vous consulter. Ne perdez cependant pas trop de temps à l'écouter, la femme est souvent loquace et se perd dans des discours absolument étrangers à son affection ; aussi, dès que vous aurez une idée de la nature des troubles qu'elle éprouve, procédez à son interrogatoire en dirigeant vos questions de manière à arriver rapidement au diagnostic.

1° Enquérez-vous de l'*état des mictions*, de leur *fréquence* et de la *douleur* qui les accompagne.

a) ***Fréquence.*** — La femme a-t-elle souvent besoin d'uriner? La fréquence est-elle continue pendant les 24 heures, ou seulement diurne? ou nocturne?

Si la fréquence empêche la femme de dormir, c'est qu'il existe une inflammation de la vessie, qu'il y a une cystite.

Si la fréquence cesse dans la position couchée et qu'elle n'existe que pendant la station debout ou pendant la marche, c'est que les symptômes vésicaux ont pour origine une lésion de voisinage. Il s'agit alors presque toujours d'une affection utérine, le plus souvent d'un utérus trop lourd pour ses moyens de suspension, soit qu'il ait augmenté de poids par

(1) Leçon recueillie par le docteur Luys, assistant du service Civiale.

suite d'une hypertrophie scléreuse d'origine inflammatoire, soit que ses moyens de soutien aient disparu, comme cela arrive dans les déchirures périnéales avec prolapsus.

b) *Douleur*. — A quel moment la femme souffre-t-elle? Avant? pendant? ou après la miction?

La douleur pendant la miction est l'indice d'une inflammation uréthrale.

La douleur après la miction indique une inflammation vésicale.

2° Quelques questions vous permettront de vous faire rapidement une idée de l'*état général* de la femme et du fonctionnement de ses divers appareils.

2° **Examen des Urines.** — Après l'interrogatoire de la malade, vous procéderez à l'examen des urines.

Pour faire cet examen chez l'homme, on le fait uriner dans plusieurs verres, et tandis que le premier verre indique jusqu'à un certain point l'état de l'urèthre antérieur, le second marque plutôt l'état de l'urèthre postérieur et de la vessie.

Cette séparation est moins importante chez la femme, car l'urèthre est court, les sécrétions moins abondantes. Cependant elle a son importance; aussi ferez-vous uriner votre malade dans deux et même trois verres : le premier indiquera l'état de l'urèthre; les deux autres, celui de la vessie, surtout le troisième, qui est obtenu par l'expression de la vessie contractée sur le col vésical.

Je n'insisterai pas ici sur les caractères de la pyurie, sur ceux des hématuries, sur les conditions dans lesquelles ces phénomènes s'observent et sur leur valeur séméiologique; cela m'entraînerait dans des considérations trop longues et qui ne présentent rien de spécial à l'appareil urinaire de la femme.

3° **Examen de l'Urèthre.** — Vous ferez ensuite cet examen, et pour cela vous commencerez par faire mettre la femme en position du spéculum.

a) Vous inspecterez le *méat* en écartant avec précaution les grandes et les petites lèvres, vous vous rendrez ainsi compte

des lésions de la muqueuse, vous verrez si elle est boursouflée et rouge. Vous découvrirez ainsi parfois une petite tumeur rougeâtre s'insérant immédiatement en arrière du méat ; c'est un polype de l'urèthre, qui vous expliquera immédiatement la cause de petites hématuries dont se plaignait la malade.

Plus rarement, vous constaterez que la muqueuse uréthrale fait hernie sur tout le pourtour du méat : il s'agit alors d'un prolapsus de la muqueuse.

D'autres fois vous vous trouverez en présence d'un épaississement dur et circulaire du méat, qui sera l'indice d'une néoplasie maligne de l'urèthre.

Enfin, parfois, vous constaterez que l'orifice uréthral est extrêmement dilaté, sans autre signe d'inflammation ; vous pourrez alors conclure que la femme utilise son urèthre pour un tout autre usage que l'évacuation de ses urines, ce cas n'étant pas aussi rare qu'on pourrait le supposer tout d'abord.

b) Vous examinerez ensuite le *canal de l'urèthre*. Ici encore la simple *inspection* vous donnera dans quelques cas des notions importantes pour le diagnostic, lorsque, par exemple, il existera un certain degré de prolapsus de cette paroi, de l'uréthrocèle.

D'une manière générale, la simple inspection est toutefois insuffisante pour faire le diagnostic des maladies de l'urèthre : il faut recourir à d'autres moyens et, tout d'abord, à la *palpation*. L'index étant introduit dans le vagin, la face palmaire, appliquée contre la paroi inférieure de l'urèthre, arrive à sentir le canal uréthral et parfois à faire sourdre une goutte de pus à l'orifice du méat. On arrive ainsi à faire l'examen des sécrétions uréthrales et en même temps on se rend compte des modifications du canal, qui peut être épaissi, tendu, douloureux, comme dans les inflammations, ou, au contraire, dur, donnant la sensation d'une corde rigide, nodulaire, comme dans les néoplasmes. Enfin, dans certains cas, on trouve de la rénitence ou de la fluctuation : on a affaire à un abcès sous-uréthral.

c) Cette palpation extérieure du canal terminée, vous ferez

le *cathétérisme explorateur* avec l'explorateur à boule olivaire, que vous introduirez doucement jusque dans la vessie. Vous pourrez ainsi constater le degré de sensibilité du canal et ses dimensions.



Fig. 1. — Examen de l'urèthre.

d) L'examen à l'*uréthroscope* sera souvent fort utile. Pour le pratiquer il vous suffira de prendre un tube métallique creux de 8 à 10 millimètres de diamètre, muni d'un mandrin destiné à empêcher les lésions de la muqueuse uréthrale pendant l'introduction de l'instrument. Vous l'introduisez presque dans la vessie; puis, après avoir retiré le mandrin, vous le

ramenez peu à peu vers le méat, pendant qu'à l'aide d'un miroir vous projetez dans sa cavité un faisceau de lumière. On voit ainsi le col vésical, puis toute l'étendue de l'urèthre, qui d'abord revêt la forme d'un tube aplati, pour avoir ensuite l'aspect d'une fente transversale, enfin verticale au niveau du méat. On peut ainsi distinguer, sur toutes les parties de la muqueuse uréthrale, les végétations, les ulcérations et les orifices des glandes de l'uréthre.

4° **Examen de la vessie.** — *a*) Il se fera tout d'abord par la *percussion abdominale*, car, dans certains cas de rétention vésicale, la vessie constitue une tumeur saillante dans l'abdomen, variété de tumeur à laquelle vous devez toujours penser lorsque vous vous trouverez en présence d'une tumeur arrondie, mate, fluctuante, située immédiatement au-dessus du pubis. Avant toute autre recherche, il convient, en pareil cas, de faire le cathétérisme évacuateur de la vessie. La palpation abdominale permet encore d'étudier l'état de la sensibilité vésicale et de rechercher la douleur à la pression. Pressez la vessie doucement, lentement, voyez si vous réveillez de la douleur; puis, lâchez brusquement le contact de votre main avec la paroi; vous réveillerez ainsi souvent de la douleur, lorsqu'il existe un état inflammatoire.

b) *Le toucher vaginal*, en même temps qu'il fait constater, dans certains cas, l'existence d'épaississements, d'indurations, de tumeurs, permet aussi de réveiller la douleur de la paroi inférieure de la vessie, surtout si on le combine avec le palper abdominal.

Ce palper bimanuel constitue un excellent mode d'exploration qui permet de bien examiner la vessie, surtout si l'on a eu la précaution de mettre la femme en position élevée du bassin, ce qui dégage l'excavation, en faisant tomber vers le diaphragme les vicères abdominaux, et facilite beaucoup les recherches.

c) Vous placerez ensuite une *valve contre la fourchette*, de manière à la déprimer, et vous regarderez la paroi vaginale antérieure, vous rendant ainsi compte des prolapsus de la paroi

vésico-vaginale (cystocèles) et des fistules vésico-vaginales, s'il s'agit d'un de ces derniers cas.

d) *Par le cathétérisme avec l'explorateur à boule*, vous pourrez préciser les dimensions en profondeur de la vessie et constater la sensibilité de la paroi postérieure de la vessie ; à l'état normal, aucune douleur ne doit être réveillée ; s'il existe de la sensibilité, c'est que la vessie est enflammée.

e) Prenant ensuite une *sonde* vous l'introduirez dans la vessie et vous évacuerez ce réservoir. Ceci fait, avec une seringue vous pousserez dans la vessie une solution boriquée tiède très lentement et très progressivement, et vous continuerez à pousser jusqu'à ce que la malade éprouve le besoin d'uriner.

Si la vessie est saine, vous injecterez facilement 150 à 200 grammes sans provoquer la moindre sensation. Si, au contraire, la malade ressent le besoin d'uriner à 25, 30 ou 60 grammes, c'est que la capacité physiologique de la vessie est diminuée, la capacité anatomique pouvant être conservée, comme l'a bien montré notre maître, M. Guyon.

f) Enfin, par la *cystoscopie* vous pourrez prendre une connaissance complète de la muqueuse vésicale. Cet examen peut être fait chez la femme beaucoup plus simplement que chez l'homme. Un simple uréthroscope suffit. Il faut simplement que les parois de la vessie soient étalées, que l'organe soit distendu. Or, comme il est impossible de distendre la vessie avec de l'eau, qui ressortirait par le tube de l'uréthroscope, il faut le remplir avec de l'air. Cette réplétion s'obtient d'une façon extrêmement simple. Il suffit d'élever fortement la région où se trouve la vessie pour que le contenu de l'abdomen tombe vers le diaphragme et que l'air se précipite dans le réservoir urinaire, dès qu'un tube uréthroscopique le met en communication avec l'atmosphère. Les chirurgiens américains, qui recourent en général à l'examen direct de la vessie, y arrivent en plaçant la malade dans la position génu-pectorale. Chez nous, où cette position est beaucoup moins fréquemment employée, il nous a semblé plus simple de

mettre la femme en position élevée du bassin, sur un plan incliné, la calant à l'aide d'épaulières. Une fois la vessie remplie d'air et l'uréthroscope mis en place, on éclaire avec un



FIG. 2. — Examen de l'intérieur de la vessie en position élevée du bassin.

miroir le fond de l'uréthroscope et on voit parfaitement le fond de la vessie.

Lorsque la vessie est saine, la muqueuse paraît lisse, pâle ou avec quelques vaisseaux. L'examen avec le cystoscope de Nitze donne toujours l'impression de vaisseaux plus volumineux et plus rouges que l'examen uréthroscopique direct, parce que, dans ce dernier mode d'exploration, la vessie se trouve décongestionnée par le fait de la position élevée du bassin. Avec le tube uréthroscopique, on inspecte successi-

vement le trigone et les divers segments de la vessie. De très légères lésions peuvent être inspectées de cette manière. C'est ainsi que, tout dernièrement encore, un de mes internes put découvrir l'orifice d'une fistule vésico-intestinale et y insinuer une sonde. Le cathéter revint souillé de matières fécales, apportant ainsi la preuve qu'il avait bien été introduit dans l'intestin.

5° **Examen des uretères.** — *a*) *Le palper abdominal* permet quelquefois de déterminer de la douleur au niveau du trajet de l'uretère. Ce n'est toutefois pas un bon moyen d'explorer l'uretère.

b) *Le toucher vaginal*, au contraire, donne des indications précises. Si l'on introduit le doigt dans le vagin en suivant la ligne médiane et qu'on aille jusqu'au col utérin, on ne sent pas l'uretère, mais, lorsque le doigt, étant dans le cul-de-sac vaginal antérieur, est tourné latéralement, on sent en avant du col, décrivant autour du cul-de-sac vaginal antérieur un trajet arciforme et s'arrêtant en avant du col à une petite distance de la ligne médiane un cordon petit, dur, qui est l'uretère. Normalement il est assez difficilement senti. Au contraire, lorsqu'on perçoit par le toucher vaginal un cordon gros et dur contournant la voûte vaginale et situé en dehors de la ligne médiane, on peut être sûr que l'on a affaire à un uretère malade.

c) *Le cathétérisme de l'uretère* chez la femme peut se faire directement et sous l'œil avec un petit spéculum ou un uréthroscope.

La malade étant mise en position élevée du bassin, l'uréthroscope est introduit de telle façon qu'on dirige son orifice vésical du côté du trigone.

On incline ensuite l'instrument de 20 à 25° et on arrive ainsi sur une petite saillie rose, qui est le « mont de l'uretère ». L'orifice urétéral apparaît alors sous la forme d'une fente transversale, entourée d'une auréole pâle. On peut ainsi, après quelques tâtonnements et avec quelque habitude, faire directement et sous l'œil le cathétérisme de l'uretère.

6° **Examen des reins.** — Il peut se faire tout d'abord par

la *palpation bimanuelle*. La malade est couchée sur le dos, la tête très peu inclinée en avant, et les cuisses légèrement fléchies sur le bassin. On met une main en arrière exactement dans l'angle costo-vertébral, l'autre sur la paroi abdominale antérieure, et l'on cherche à percevoir entre les deux mains l'extrémité inférieure du rein en faisant respirer largement la malade. La main postérieure, imprimant à la région costo-vertébrale de petites secousses d'arrière en avant, envoie à la main antérieure le pôle inférieur du rein. C'est là ce qu'on appelle le ballottement rénal, sur lequel Guyon, en France, Morris, en Angleterre, ont appelé l'attention. Le ballottement n'est cependant pas absolument spécial au rein; il peut être perçu avec toute espèce de tumeur prenant le contact avec la paroi postérieure de l'abdomen, telle une tumeur du côlon, du pancréas, de la rate, mais chacun occupe une position bien spéciale. Ainsi, tandis que le maximum du ballottement rénal est dans l'angle costo-vertébral, le maximum du ballottement des autres tumeurs est dans l'espace costo-iliaque.

Il est un cas de tumeur rénale où le diagnostic du siège est assez difficile à porter : c'est celui où la tumeur siège dans un rein préalablement mobilisé, et l'on a vu faire l'erreur entre l'uronéphrose d'un rein mobilisé et un kyste de l'ovaire. On a proposé et même on a fait en pareil cas le cathétérisme de l'uretère, c'est là chercher bien inutilement des complications. Il suffit simplement de *placer la malade en position élevée du bassin*, le siège en l'air, pour voir en pareil cas la tumeur sortir du bassin et, par le simple effet de la pesanteur, reprendre sa place dans la fosse lombaire, présentant alors les caractères typiques de l'uronéphrose ordinaire.

La palpation bimanuelle, aidée de quelques manœuvres spéciales, permet donc de préciser les modifications de volume du rein et de constater son état physique. Elle ne nous apprend rien sur son état fonctionnel, point d'une importance capitale cependant.

La diminution des matériaux fixes (phosphates, sels de potasse et surtout urée), la diminution de la concentration moléculaire caractérisée par l'élévation du point de congéla-

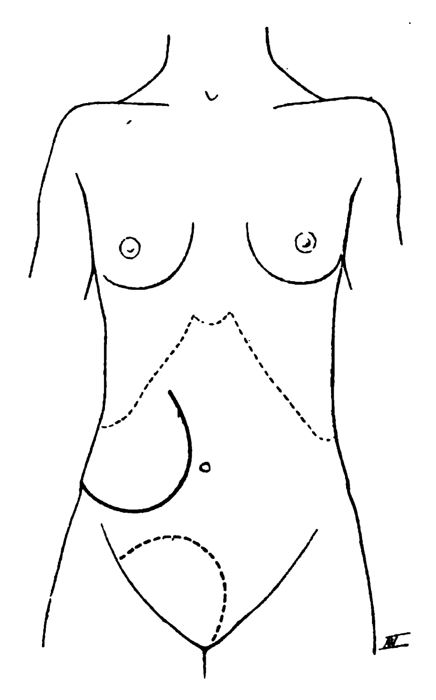


Fig. 3. — Le contour pointillé correspond à une monéphase dans un rein déplacé et tombé dans le bassin. Après élévation de ce dernier, la tumeur est revenue dans la fosse lombaire, et son contour correspond au trait plein.

tion, l'absence de la glycosurie temporaire après injection sous-cutanée de 5 milligrammes de phloridzine, la constatation d'une modification dans la manière dont se fait l'élimination urinaire après injection sous-cutanée de 5 centigrammes de bleu de méthylène, sont autant de moyens de connaître l'état fonctionnel des reins. Ils ne permettent toutefois pas de dire quel est le rein malade.

M. Bazy a bien conseillé de rechercher ce qu'il appelle le

réflexe urétéro-vésical, caractérisé par la constatation d'une douleur à la pression, lorsque le doigt appuie sur le point où l'uretère s'ouvre dans la vessie, réflexe qui indiquerait le côté malade.

Ce moyen ne permet toutefois pas un diagnostic précis, et il est indiqué de chercher à séparer l'urine des deux reins.

C'est ce qu'on a obtenu pendant un temps en pratiquant le *cathétérisme de l'uretère*. Ce cathétérisme n'est malheureusement pas toujours innocent ; il nécessite une éducation spéciale. Je sais bien que chez la femme le cathétérisme direct avec l'uréthroscope constitue une manœuvre bien plus simple que le cathétérisme tel qu'on le faisait autrefois avec le cystoscope. Il est toutefois plus simple, croyons-nous, de séparer les urines des deux reins sans introduire d'instrument dans l'uretère.

Les premières tentatives faites dans cette voie sont celles de Neuman, dont le procédé compliqué et imparfait ne put entrer dans la pratique.

Harris (de Chicago) imagina un appareil meilleur, qui, dans un certain nombre de cas, donna des résultats. Il commençait par placer dans le vagin une pièce métallique en forme de levier, dont la partie convexe venait soulever la paroi inférieure de la vessie, qu'il soulevait comme la crête d'un toit. Il introduisait en même temps dans la vessie une pièce constituée par deux sondes métalliques accolées mais indépendantes. Il s'arrangeait ensuite de telle façon que la partie la plus convexe du levier vaginal vînt se placer dans l'écartement des deux sondes ; puis, mettant celles-ci en communication avec un aspirateur, il recueillait l'urine de chaque rein dans des flacons séparés.

J'ai essayé cet instrument et n'en ai pas été satisfait. Convaincu qu'il y avait cependant quelque chose à faire dans cette voie, j'ai chargé mon assistant, M. Luys, de voir s'il n'y aurait pas moyen de trouver un appareil plus pratique permettant de réaliser la séparation intravésicale des urines des deux reins. Il m'a, après quelques recherches, présenté un

appareil simple et ingénieux qui sépare parfaitement l'urine des deux reins. Cet appareil repose sur un principe différent de celui de Harris ; il consiste à développer au contact de la paroi

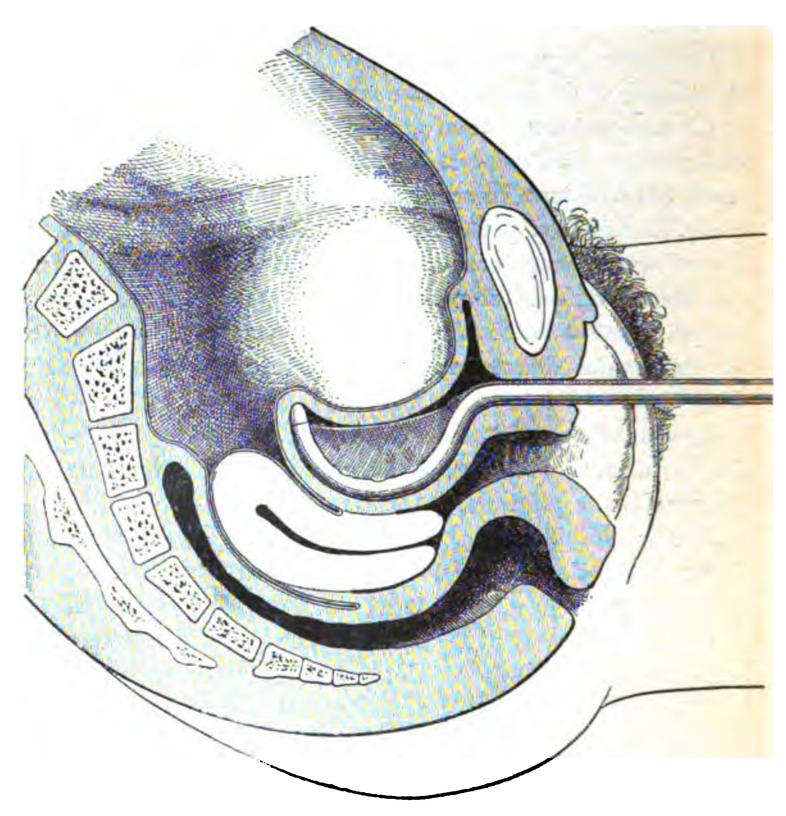


FIG. 4. — Séparateur de Luys mis en place.
(Vue en coupe.)

inférieure de la vessie une cloison en caoutchouc qui sépare le réservoir urinaire en deux parties. L'appareil se compose de trois parties réunies ensemble : deux sondes métalliques et une pièce intermédiaire.

Les sondes métalliques sont de petit calibre et présentent une courbure un peu plus prononcée que celle d'un béniqué

Près de leur bec, sur la face interne, sont placés des orifices.



Fig. 5. — Séparateur de Luys mis en place.

La pièce intermédiaire est constituée par une lame métallique de même courbure que les sondes.

Dans la concavité de cette lame peut se tendre et se détendre une chaîne analogue à celle de la scie à chaîne. Toute cette pièce est recouverte par une chemise en caoutchouc; lorsque la chaîne est tendue, il s'élève entre les deux sondes une véritable cloison, tandis qu'au contraire, lorsqu'elle est détendue, l'élasticité du caoutchouc applique la chaîne sur la concavité de la cloison métallique. La manœuvre du rideau de caoutchouc est commandée par un volant situé à l'extrémité de l'instrument.

L'appareil est introduit fermé dans la vessie. On fait ensuite saillir la cloison de caoutchouc, et, appliquant l'instrument contre la paroi inférieure de la vessie, on crée de cette manière un bas-fond où l'urine de chaque rein vient s'accumuler de chaque côté de la cloison pour être ensuite évacuée au dehors par chacune des deux sondes.

L'urine s'écoule naturellement, et toutes les 20 à 25 secondes on voit apparaître les quelques gouttes qui correspondent à l'éjaculation intermittente des uretères.

Cet appareil m'a donné des résultats excellents dans un grand nombre de cas; son maniement est facile, à la portée de n'importe quel praticien; on le désinfecte facilement. Aussi peut-on dès maintenant dire que le domaine du cathétérisme des uretères en est considérablement diminué, car par cette manœuvre simple de la séparation intravésicale des urines vous arrivez à recueillir l'urine de chaque rein, vous pouvez en faire l'analyse chimique et microscopique, vous pouvez par conséquent déterminer la valeur fonctionnelle de chacun des deux reins.

*
* *

Telles sont, Messieurs, les quelques considérations que je désirais développer devant vous. Arrivé au terme de cette leçon, je crois que nous pouvons dire que nous sommes actuellement en possession de moyens suffisants pour nous per-

mettre d'acquérir des notions exactes sur les lésions occupant les diverses parties de l'appareil urinaire de la femme : urèthre, vessie, uretères et reins. Vous devrez donc toujours, avant de faire une opération ou de commencer un traitement, poser un diagnostic précis et complet, sûrs que vous êtes de pouvoir le faire en recourant aux divers moyens d'investigation que nous vous avons indiqués.

CONTRIBUTION

A LA QUESTION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

Accouchements provoqués de 1889 à 1900
à la deuxième « Geburtsh.-gynæk. Klinik » de Vienne

D'après le travail des docteurs **H. Keitler et G. Pernitza** (1).

Du 1er octobre 1889 jusqu'en 1900 inclusivement, sur 35.062 accouchements, on a provoqué l'accouchement 93 fois : 1° pour *rétrécissements pelviens*, 57 fois ; 2° pour autres raisons, 36 fois. Dans ce nombre sont compris les cas dans lesquels l'accouchement fut provoqué immédiatement avant le terme de la grossesse. Par contre, on n'y a pas fait rentrer les cas dans lesquels l'activité utérine fut seulement soutenue par l'application d'une bougie.

Méthodes employées : 1° rupture de la poche des eaux ; 2° application des bougies ; 3° métreuryse. Comme *méthodes auxiliaires* : *a*) douches vaginales ; *b*) colpeuryse ; *c*) tamponnement de la cavité du col ; *d*) tamponnement du vagin, *e*) version ou abaissement d'un pied. En quelques cas, un procédé fut substitué à un autre.

A. Rupture des membranes. — *Contre-indication capitale à son emploi* : toute sténose pelvienne notable. On sait, en effet, qu'il y a alors intérêt majeur à conserver intacte le plus longtemps possible la poche des eaux. D'autre part, quand les eaux sont écoulées, c'est vraisemblablement parce que la tête fœtale progresse, descend, qu'elle appuie sur le segment inférieur de l'utérus, que l'activité utérine, par action réflexe,

---

(1) *Berichte aus der zweiten Geburts.-gynæk. Klinik* (Vienne), 1902, p. 206.

entre en jeu. Or, si le bassin est rétréci, cette progression, cette descente, cette pression exercée par la tête fœtale fait défaut. Puis, il y a à craindre les prolapsus du cordon, d'un membre, etc. Le procédé s'exclut également de lui-même dans les cas où il faut obtenir une évacuation rapide de l'utérus. Enfin, il convient mieux chez les pluripares que chez les primipares.

La méthode fut employée dans 15 cas avec les *indications* suivantes : cardiopathies 4, tuberculose 3, néphrite ou albuminurie 4, urémie 1, accidents graves chez une femme atteinte de fistule vésico-utérine 1, emphysème 1, tumeur pylorique 1.

Durée du travail après la rupture de la poche des eaux : minima 4 heures ; maxima 51 ; durée moyenne 21 heures 4.

Résultat brillant qui, sous le rapport de la rapidité, ne laisse rien à désirer, et qui doit être rapporté à une bonne sélection des cas.

B. Introduction de bougies. — Le procédé comporte deux *desiderata* : 1° disposer d'instruments *aseptiques* ; 2° pouvoir éviter de produire des lésions de l'utérus.

Il y aurait aussi la question de savoir si les régions traversées sont libres de germes, de germes pathogènes, question encore au débat. Mais si le chirurgien est rigoureusement propre, si l'on sait éviter les contacts de la bougie avec les abords de l'orifice vaginal, on peut être rassuré. D'ailleurs, les statistiques montrent que la morbidité avec le procédé de Krause ne dépasse pas la morbidité générale. Suit la description de tous les détails (antisepsie vaginale, tamponnement, etc.), de toutes les précautions prises pour éviter des lésions de l'utérus, du placenta, etc., qui entourent l'application de la méthode.

Elle fut appliquée 75 fois. Et avec des résultats, sous le rapport de la mise en train des contractions utérines, très divers. En beaucoup de cas, il fallut la combiner avec d'autres méthodes.

MÉTHODES AUXILIAIRES

a) *Douche vaginale*, pratiquée sous forme d'une irrigation vaginale chaude ou froide, en général, répétée après plusieurs heures. Efficacité insignifiante.

b) *Tamponnement du canal cervical*. Ne fut employée que comme procédé de soutien, sans résultats notables.

c) *La rupture de la poche des eaux* fut quelquefois combinée avec le procédé de Krause — exception faite des cas avec sténose pelvienne — et la combinaison s'affirma pratique, avantageuse.

d) Mais plusieurs fois — abstraction faite des versions prophylactiques — on eut recours, dans le but d'accélérer le travail, à la *version* ou à l'abaissement d'un pied, procédé qui, chaque fois, conduit au but, surtout si l'on a soin d'appliquer un lacs sur le pied abaissé.

e) *Le tamponnement du vagin* ne peut avoir aucune influence notable sur la contractilité utérine.

Le fait que, dans la plus grande majorité des cas, il fallut combiner, avec le procédé de Krause, plusieurs autres procédés, diminue considérablement l'importance du premier. *En général, le procédé de la bougie va avec une longue durée du travail, que le bassin soit normal ou rétréci.*

Incidents qui marquèrent l'emploi de la bougie. — Trois fois la poche des eaux fut rompue involontairement ; d'ailleurs, ce contre-temps n'a d'importance fâcheuse que dans le cas de bassin étroit ; 18 fois il fut nécessaire de changer la bougie ; 4 fois on en plaça 2 à la fois ; 1 fois, après avoir changé 2 fois la bougie, on en mit 2 simultanément.

Morbidité maternelle. — A ce point de vue, l'auteur ne relève pas de cas au passif de la méthode. Dans 7 cas il y eut de la fièvre au cours des suites ou *sub partu*, fièvre qui sûrement fut causée par le développement d'un processus infectieux. Toutefois, les résultats furent dans l'ensemble satisfaisants.

Cependant l'auteur estime qu'il s'agit là d'une manœuvre intra-utérine, comportant certains dangers, qu'il ne faut employer que lorsque l'indication en est bien nette : *les cas de mort*, ajoute-t-il, *par infection puerpérale, communiqués dans les statistiques provenant d'autres instituts soumis pourtant à une direction éminente, fortifient cette proposition.*

MÉTREURYSE

Pour l'utéroryse, on emploie à la clinique : *a*) de petits ballons en caoutchouc sphériques, à parois épaisses, qui contiennent environ 100 centimètres cubes ; *b*) les sacs-violons de Barnes-Fehling ; *c*) le ballon (métreurynter) de Champetier de Ribes.

Un premier avantage, notable, de cette méthode sur le procédé de la bougie, c'est qu'elle est à la fois agent de contraction et de dilatation. De plus, elle ne crée pas de risques de blessures de l'utérus. Théoriquement, la poche des eaux étant intacte, on pourrait appréhender de décoller le placenta. Or, on n'observa pas à la clinique un seul accident de cette nature. Quand il y a utilité à agir vite, à produire une dilatation rapide et prompte, la préférence est accordée aux ballons de Champetier. L'action de ces appareils peut en outre être soutenue par la traction, exercée au moyen d'un cordon qui leur est fixé.

Objections faites à la méthode. — 1° La rupture d'un de ces sacs pourrait causer une embolie gazeuse. Mais, aujourd'hui, on en expurge soigneusement l'air et on ne les dilate qu'avec un liquide ; 2° on peut, avec les ballons intra-utérins, produire des déchirures du col. Mais, exception faite des cas où il existe une friabilité excessive des tissus, il est possible, à condition de toujours procéder avec douceur et prudence, d'éviter ces accidents ;

3° Ahlfeld a objecté : 1° que le ballon repousse sur le côté la tête fœtale lorsqu'elle se présente, refoulement capable de produire une présentation oblique, inclinée ; 2° il a aussi constaté, au cours de l'extraction, que souvent des contractures

du segment inférieur de l'utérus empêchaient ou rendaient pénible l'extraction de la tête dernière, particularité qu'il tend à attribuer à l'utérorynter pour avoir remarqué, qu'une fois le ballon enlevé, fréquemment l'orifice externe dilaté revenait sur lui-même et opposait souvent une résistance énergique à une dilatation brusque. Quand la portion inférieure de l'utérus se contracte autour du cou de l'enfant l'extraction devient très pénible, et ces difficultés Ahlfeld les rapporte à l'emploi des ballons; aussi se prononce-t-il en faveur d'une restriction de la méthode.

Relativement à la conduite à suivre dans les cas de sténose pelvienne, l'auteur déclare qu'il n'est pas un partisan enthousiaste de la version prophylactique dans les bassins rétrécis, surtout dans les cas où l'on provoque l'accouchement à cause d'une sténose pelvienne : *dans ces cas, il faut, en toutes conditions, s'efforcer d'avoir une présentation du sommet.*

En ce qui concerne les effets fâcheux de l'utéroryse signalés par Ahlfeld, il n'a observé, en un certain nombre de cas, que le retrait du col sur lui-même.

*
* *

Autres méthodes pour la provocation de l'accouchement prématuré. — Douches vaginales (à la Kivisch), colpeuryse, injection de glycérine entre l'utérus et les membranes, etc., toutes ces méthodes, sont, soit par leur peu d'efficacité, soit par les risques qu'elles comportent, si inférieures aux autres, qu'elles sont destinées, si elles ne le sont pas encore, à être abandonnées.

Situation respective des 3 principales méthodes.

Étant donné un cas, voici, écrit l'auteur, comment je procéderai pour le choix du procédé :

1° Il n'y a pas de rétrécissement pelvien, pas n'est besoin d'obtenir une terminaison rapide de l'accouchement, de plus;

le col est effacé ou à peu près; l'orifice externe est déjà ouvert; c'est le sommet qui se présente: *rompre la poche des eaux*. De même si l'hydramnios constitue l'indication à l'accouchement prématuré;

2° Il est nécessaire de terminer rapidement l'accouchement, l'état de la mère n'exige pas essentiellement un procédé doux, le col est perméable pour deux doigts, *faire la version ou abaisser un pied* sur lequel, le cas échéant, sera appliqué un lien élastique;

3° Dans tous les autres cas sans urgence d'aucune sorte, en général, on pourra employer soit la bougie, soit un ballon intra-utérin; une exception à cela, c'est lorsque l'état de la mère exige un mode d'accouchement aussi doux que possible, dans le cas, par exemple, d'une lésion du cœur. Alors, l'utéroryse devient le procédé de choix. De même, dans le cas de bassin rétréci, il ne faut, conformément aux conseils d'Ahlfeld, réaliser la métreuryse qu'avec des ballons de petit volume et — les ballons enlevés — s'efforcer d'avoir un accouchement par le sommet;

4° Quand il y a nécessité, indication urgente à terminer l'accouchement le plus tôt possible et que l'état de la mère n'exige pas un procédé de douceur, il faut, si la version n'est pas encore possible, faire l'hystéroryse soutenue par la traction élastique ou bien réalisée au moyen de ballons de plus en plus gros, éventuellement à l'aide du métreurynter de Champetier.

Les indications à l'accouchement prématuré se divisent en deux groupes importants : *a*) les cas où le bassin est normal; *b*) ceux ou le bassin est rétréci, où il y a disproprotion entre le bassin et le fœtus.

Cas avec bassin normal.

L'accouchement peut être provoqué : 1° dans l'intérêt de la mère; 2° dans l'intérêt de l'enfant. Dans l'intérêt de l'enfant lorsque, par exemple, la mère est atteinte d'une maladie

dont la gravité ne permet pas d'espérer qu'elle pourra aller à terme, circonstance qui peut compromettre un enfant déjà viable. Lorsque, éventualité plus curieuse, on se propose de prévenir une mort de l'enfant que ce qui s'est passé dans les grossesses antérieures permet de redouter ; cela correspond à ce qu'on a dénommé : *mort habituelle du fœtus* (altérations du placenta, chlorose et anémie de la mère).

a) *Mort habituelle du fœtus.*— L'accouchement fut provoqué une fois pour cette raison.

Dans l'intérêt de la mère, on provoque l'accouchement pour : 1° des maladies liées à la grossesse ; 2° des maladies sans relation directe avec la grossesse.

1er Groupe : *a*) *albuminurie*, 2 accouchements provoqués ; *b*) *néphrite gravidique*, 8 accouchements provoqués. Dans ces cas, on n'observa pas les accidents signalés par Kleinwachter (urémie, œdème pulmonaire, hémorragie, etc.). En général, une amélioration survint. Il fut recommandé aux femmes à leur sortie de se soumettre à un traitement médical.

2e Groupe : *a*) *tuberculose*. Le principe qui dicte la conduite est le suivant : il faut interrompre la grossesse lorsque plusieurs examens minutieux ont établi formellement que la maladie est en progrès. L'accouchement fut provoqué 8 fois ; *b*) *pleurésie*, 1 fois ; voici comme type cette observation :

42 ans, Varc, 4 accouchements normaux, tous les enfants morts. Premières règles, 19 ans. Menstruations régulières jusqu'à fin mai. Mouvements du fœtus, fin août. Femme petite, délicate. Fœtus mobile. Diamètres pelviens : Sp. 25 1/2. Crêtes 28, Ir. 30. D. B. 18 1/2, C. D. 12 1/2, C. V. 10 3/4.

22/11. Matin : point de côté ; rien de perceptible. Le soir, T. 39°,5.

23/11. Matin : 38°,3, soir 38°,2. A droite, en arrière, en bas, frottements légers. En arrière, en haut, à la hauteur de l'omoplate, respiration presque bronchique, quelques rares et fines vésicules T. Codéine, enveloppement humide.

24/11. T. 38°,7. Même état. Soir : 40°.

25/11. A droite, sur le côté, frottement pleural perceptible seule-

ment à la fin de l'inspiration ; pas de matité nette. Douleurs pongititives dans la moitié droite de la poitrine. L'après-midi, T. 38°,7, P. 108, R. 28.

26/11-6/12. Toujours élévation thermique le soir ; même état local.

6/12. Au niveau de la région sus-épineuse, des 2 côtés, matité légère, expiration rude, prolongée, avec des râles à fines et grosses bulles ; de même à droite, le long de l'épaule, vers le bas.

7/12. Partout des frottements au-dessus des 2 poumons. Au niveau de la fosse susclaviculaire droite, matité. A ce même niveau, respiration obscure. Dyspnée forte, continue.

10/12. A cause de cette affection thoracique, *introduction d'une bougie élastique.*

11/12. Dans l'après-midi, douleurs modérées.

12/12. On change la bougie.

15/12. A 1 h. 1/2 l'après-midi, enlèvement de la bougie ; col perméable pour un doigt. Douche vaginale chaude. Poche des eaux intacte. A 6 h. 3/4 dans la soirée, *version à la Braxton-Hicks.*

16/12. Douleurs médiocres.

17/12. Matin, 2 heures : aide manuelle. Le dos est en arrière. Fracture de l'humérus droit. *Suites de couches apyrétiques.*

Le 1er janvier *exeat*, la femme est guérie. *Enfant* vivant 2 kg. 200. O. F. 11 ; O. M. 12 ; S. B. 10, Bp. 9 1/2, Bt. 8 ; Circonf. 32 1/2 ;

e) *Emphysème*, accouchement provoqué, 1 fois ; *f*) *tumeur du pylore*, 1 fois ; *g*) *lésions osseuses multiples, rachitisme généralisé*, 1 fois ; *h*) *coxalgie aiguë*, 2 fois : *i*) *cystopyélonéphrite*, 1 fois ; *k*) plusieurs fois l'accouchement fut provoqué pour des *maladies du cœur*. Comme on le sait, il advient que nombre de cardiaques accouchent plusieurs fois sans accidents notables. Toutefois, en certains cas, certaines femmes, après l'accouchement, tombent brusquement en état de collapsus, et plutôt tout de suite après le travail que durant les suites de couches. C'est là un effet de la suppression brusque de la petite circulation, d'autant plus à redouter que la grossesse est plus avancée, parce que les différences qui se produisent dans la pression sanguine sont aussi plus grandes ; « *mais nous n'eûmes recours à l'accouchement prématuré que dans les cas*

d'accidents par lésions mal compensées, et seulement après avoir constaté l'inefficacité d'un traitement médical approprié. » D'autre part, comme les excitations sont fâcheuses, nuisibles à ces sujets, on n'utilisa que les procédés d'accouchement les plus doux, la déchirure des membranes surtout ; *l*) *paralysie progressive*, 1 fois ; *m*) des *douleurs occasionnées par une vaginofixation antérieure* constituèrent 1 fois l'indication à l'accouchement prématuré ; *n*) *fièvre typhoïde*, *mais méconnue*, 1 fois.

« Jamais une maladie, par elle-même, par le seul fait qu'elle existât, n'a été pour nous la raison de provoquer l'accouchement ; cette décision n'a été prise que devant la gravité des symptômes observés. Il convient de noter, en passant, que, sur un total de 35.000 accouchements, jamais nous n'avons eu à provoquer l'accouchement pour de la fièvre pendant la grossesse ou pour des douleurs utérines, — deux indications qui ont été récemment posées.

Au résumé, pour les indications énoncées plus haut, nous avons provoqué l'accouchement 36 fois. Des *mères*, 3 sont mortes durant les suites de couches : 2 cas de phtisie, 1 cas de typhus ; décès non attribuable à la méthode de provocation de l'accouchement. Une autre femme mourut une heure et demie *post partum*, par infection générale, consécutive à une cystite dépendante d'une fistule vésico-utérine. Dans les autres cas, il ne se produisit pas un seul fait d'infection puerpérale grave. En ce qui concerne les maladies des mères qui donnèrent lieu à la provocation de l'accouchement, plusieurs guérirent, d'autres furent améliorées ; dans un certain nombre de cas, tout au moins, les souffrances furent atténuées et l'on put soumettre les malades au traitement indispensable. D'une manière générale, *on peut conclure du petit nombre d'accouchements prématurés, si on le compare au total des accouchements, combien, à la deuxième Geburtsh.-gynœk. Klinik de Vienne, on y a recours avec réserves.*

En ce qui concerne *les enfants*, dont les intérêts furent d'ailleurs placés en seconde ligne, les résultats furent déplo-

rables. Sur 37 enfants, 33 vinrent au monde vivants. De ces 33, il en fut 3 dont on ne donna plus de nouvelles, 2 autres survécurent; tous les autres succombèrent :

Après 11 mois : 1 enfant (par pneumonie);
Après 9 mois : 1 enfant (rougeole);
Après 8 mois et demi : 1 enfant (catarrhe intestinal);
Après 4 mois : 1 enfant (catarrhe intestinal);
Après 2 mois : 1 enfant (pneumonie);
Après 7 semaines : 2 enfants (débilité);
Après 4 semaines : 1 enfant (débilité);
Après 3 semaines : 1 enfant (débilité);
Après 14 jours : 3 enfants (2, débilité; 1, pneumonie);
Après 10 jours : 1 enfant (débilité);
Après 1 semaine : 1 enfant (débilité);
Après 5 jours : 1 enfant (débilité);
Après 3 jours : 1 enfant (entérite);
Après 2 jours : 7 enfants (débilité);
Après 1 jour : 2 enfants (débilité);
Même jour : 2 enfants (débilité).

Accouchements prématurés dans les cas de bassin rétréci.

« Tandis que l'accord est fait touchant la légitimité de l'accouchement prématuré dans les cas de maladies de la mère, au contraire, dans ces derniers temps, des voix autorisées se sont élevées de plusieurs côtés contre l'accouchement prématuré pour sténoses pelviennes, protestations fondées sur les résultats remarquablement meilleurs donnés à l'heure actuelle par la césarienne et par la symphyséotomie... Comme il ressort de la statistique d'Ahlfeld, les résultats, quant aux mères, réalisent en quelque sorte un idéal, et, sous le rapport des enfants, ils sont incomparablement supérieurs à ceux fournis par l'accouchement prématuré. Nul doute — le consentement de la mère étant supposé acquis — qu'opération césarienne et symphyséotomie, dans l'intérêt de l'enfant, doivent aussi, d'après nos résultats, être préférées à l'accouchement prématuré artificiel. » L'auteur montre ici

qu'en dépit du principe rationnel de l'accouchement prématuré — « *le bassin est plus petit, l'enfant doit être plus petit* » — tout un ensemble de conditions compromettent les résultats quant aux enfants (débilité congénitale, difficultés, impossibilité même, quels que soient les procédés de mensuration employés, d'obtenir des renseignements parfaitement exacts sur les dimensions du bassin, et principalement sur celles du fœtus, des renseignements sur le plus ou moins de malléabilité de la tête fœtale ; impossibilité de préjuger de la contractilité, de l'activité utérine, etc.).

Chez les multipares, on a, il est vrai, la notion de ce qui s'est passé dans les accouchements antérieurs ; mais cette notion n'a qu'une importance relative, et il faut se garder d'en déduire formellement ce qui arrivera dans les parturitions futures.

En somme, « *l'accouchement prématuré est une opération que nous pratiquons dans le cas de sténose pelvienne, lorsque, de la considération de conditions relativement incertaines, nous concluons à l'impossibilité de l'accouchement spontané au terme de la grossesse* ».

Mais à quel procédé d'accouchement avoir recours quand, il n'y a pas accouchement spontané ?

a) *haut forceps ; b*) *version prophylactique : c*) *césarienne ; d*) *symphyséotomie.*

Sans doute, avec des applications atypiques de forceps, nombre d'enfants ont été obtenus vivants ; mais, en général ce n'est là qu'une opération ultime, qu'on tente avant de se décider à la craniotomie sur l'enfant vivant. La version prophylactique nous a donné des résultats relativement mauvais — mais elle aurait l'avantage de supprimer presque toujours la craniotomie sur l'enfant vivant, car, en général, quand on procède à cette dernière après version prophylactique, l'enfant a déjà succombé.

Les seules opérations qui, dans ce cas et avec la condition que l'accouchement a été bien dirigé, garantissent la vie de l'enfant sont la césarienne et la symphyséotomie. Bien que la

mortalité maternelle de ces 2 opérations reste encore relativement plus élevée que celle de l'accouchement prématuré, les résultats obtenus dans certaines cliniques montrent qu'on peut espérer, grâce à une sélection judicieuse des cas, réduire cette mortalité à 0. De plus, ces 2 opérations ont cet avantage, la symphyséotomie surtout, qu'on peut s'y décider d'après les indications précises fournies par l'observation attentive de l'accouchement.

Parallèle des résultats relatifs aux enfants, fournis par l'accouchement prématuré et par l'accouchement à terme, dans les cas de sténose pelvienne (1).

1° *Conjugué diagonal* de 86 à 95 millimètres.

Total des accouchements prématurés, 98; enfants mort-nés ou morts peu après la naissance, 53; mortalité, 54 p. 100.

Krönig a communiqué sur 35 cas où les dimensions pelviennes étaient les mêmes : sur ces 35 enfants, 13 vinrent au monde à terme, vivants, ce qui, pour ce groupe d'enfants pesant 3.000 grammes et plus, donne une mortalité de 63 p. 100, les enfants obtenus par césarienne ou par symphyséotomie étant comptés comme morts. 51 enfants du poids de 2.500 à 3.000 grammes vinrent au monde, dont 18 vivants et 33 morts; mortalité, 64,5 p. 100.

Mais si l'on fait entrer en ligne de compte les enfants obtenus vivants, dans le groupe des 35, par la symphyséotomie ou la césarienne — *mortalité maternelle*, 0 — on a un total de 27 enfants vivants pesant 3.000 grammes et au delà, ce qui abaisse, pour ce groupe, la mortalité infantile à 22,8 p. 100.

2° *Conjugué diagonal* de 96 à 105 millimètres.

(1) Partant de ce principe émis par Krönig que la solution de cette question ne peut être tirée que de l'examen de statistiques importantes et, en outre, de statistiques provenant de services dans lesquels on accepte ou on proscrit systématiquement l'accouchement prématuré, l'auteur utilise les statistiques de Krönig qui a comparé les résultats de Zweifel et ceux de Bar, Léopold et Sarwey.

Moyenne de la mortalité infantile pour l'accouchement prématuré, 23,4 p. 100.

Krönig communique sur 171 cas (avec ces dimensions pelviennes) dans lesquels vinrent au monde des enfants pesant 3.000 grammes et plus.

Les enfants obtenus par césarienne ou symphyséotomie étant comptés comme morts, la mortalité infantile atteint 29,8 p. 100. Si l'on ajoute les enfants du poids de 2.500 à 3.000 grammes, la mortalité descend à 26,8 p. 100. Enfin, si l'on tient compte des enfants sauvés par la césarienne ou la symphyséotomie (*mortalité maternelle*, 0), cette *mortalité infantile* descend à 15,8 p. 100, contre 23,4 p. 100 celle de l'accouchement prématuré.

3° *Conjugué diagonal* de 106 à 115 millimètres.

31 accouchements prématurés avec une mortalité de 19,3 p. 100.

Krönig communique sur 264 cas avec des enfants au-dessus de 3.000 grammes, dont 246 vivants, et sur 108 enfants du poids de 2.500 à 3.000, dont 104 vivants. Si dans le premier groupe les enfants obtenus par césarienne ou symphyséotomie sont comptés comme morts, la mortalité infantile atteint 5,7 p. 100. Si l'on ajoute les enfants pesant 2.500 à 3.000 grammes, la mortalité descend à 5,1 p. 100, contre 19,3 p. 100 mortalité infantile de l'accouchement prématuré.

« De ces chiffres il ressort qu'en général il est rationnel, au cas de rétrécissements pelviens, de laisser la grossesse aller à terme, parce que les résultats de l'expectation ne sont inférieurs à ceux de l'accouchement prématuré que pour le premier degré de sténose, et encore ne le sont-ils qu'en apparence. Car, nombre d'enfants obtenus prématurément, qui entrent en ligne de compte dans l'évaluation de la mortalité infantile, ne sont observés que 10 jours après l'accouchement, et il est très vraisemblable qu'avec une observation plus prolongée, le chiffre de la mortalité s'élèverait. »

Opinion d'un certain nombre des accoucheurs les plus éminents

de l'Allemagne. — Zweifel a complètement proscrit l'acco uchement prématuré de la théra pie des sténoses pelviennes. Léopold le tient pour un auxillaire exc ellent en obstétrique, surtout dans la pratique privée ; il fixe la limite inférieure où il faut l'appliquer : *a*) dans les bassins plats et plats rachitiques, à un conjugué vrai de 7 centimètres; *b*) dans les bassins généralement rétrécis, de 7 1/2 à 8 centimètres. Le moment convenable pour le pratiquer est la 35ᵉ semaine. Schauta conseille de pratiquer l'accouchement prématuré dans les bassins à rétrécissement moyen de la 33ᵉ à la 38ᵉ semaine. Les meilleurs résultats vont avec un bassin plat rachitique à conjugué vrai de 7 1/2 à 8 1/2 centimètres et avec un bassin généralement rétréci à conjugué vrai de 8 à 9 centimètres. Ahlfeld, Veit, Olshausen sont partisans aussi de l'accouchement prématuré qu'ils conseillent dans les cas de rétrécissement moyen. Quand des femmes, atteintes de ce degré de sténose pelvienne, se présentent pendant la grossesse, ils recourent à l'accouchement prématuré, qu'ils pratiquent à la 36ᵉ semaine — limite inférieure dans les bassins plats, 7 centimètres; au plus, 6 3/4. L'auteur ajoute : « Nous avons été nous-même jusqu'à présent un partisan réservé de l'accouchement prématuré pour les rétrécissements du bassin, etc. Nous n'avons interrompu la grossesse chez les primipares que dans ces bassins où, indépendamment d'un rétrécissement modéré, les conditions nous paraissaient très défavorables ; chez les multipares, que lorsque l'anamnèse enseignait que les accouchements antérieurs avaient évolué défavorablement à la fin de la grossesse. »

Suivent les observations résumées des 57 accouchements prématurés provoqués pour sténoses pelviennes.

*
* *

Du 1ᵉʳ octobre 1889 au 31 décembre 1900, sur un total de 35.062 accouchements, comprenant 2.356 cas de sténose pelvienne, l'accouchement prématuré a été pratiqué 57 fois pour cette raison.

1° *Degré de parité.* — Primipares, 20 ; II-pares, 18 ; III-pares, 11 ; IV-pares, 1 ; V-pares, 2 ; VI-pares, 3 ; X-pares, 2 fois.

2° *Variété de viciation pelvienne.* — Bassin rachitique généralement rétréci, 18 ; b. plat rachitique, 29 ; b. plat, 1 ; b. non rachitique généralement rétréci, 2 ; b. coxalgique oblique, 3 ; b. cypho-scoliotique, 1 ; b. plat rachitique, scoliotique, 1 ; bassin rachitique irrégulièrement rétréci, 1 ; bassin ostéomalacique, 1.

3° *Degré des sténoses pelviennes régulières* :

FORME DU BASSIN	Conjug. jusqu'à 7 cm. 1/2	Jusqu'à 8 cm.	Jusqu'à 8 1/2	Jusqu'à 9 cm.
Plat rachitique................	6	10	8	5
Généralement rétréci...........	—	—	2	—
Rachitique généralement rétréci.	2	10	3	5

4° *Accouchements antérieurs chez les multipares,* 84 ; enfants, 49 mort-nés.

Anomalies et opérations : présentations transversales, 4 (enfants morts, 3) ; chute du cordon, 5 (tous les enfants morts) ; présentation du siège, 2 (les 2 enfants morts) ; version et extraction, 15 (enfants morts, 12) ; forceps, 9 (enfants morts, 9) ; césarienne, 5 (2 enfants morts vite) ; craniotomie, 18 ; décapitation, 1 ; accouchement prématuré spontané, 5 (2 enfants mort-nés, 2 morts tôt) ; accouchement prématuré provoqué, 10 (enfants mort-nés, 4 ; 2 morts vite) ; symphyséotomie, 1 (enfant mort à l'âge de 3 mois) ; accouchements opératoires, 3 (tous les enfants morts).

5° *Accouchements spontanés antérieurs d'enfants vivants et à terme.* — Cas 21, un enfant vivant ; cas 42, quatre enfants, les autres grossesses ont donné lieu à 2 forceps (1 enfant vivant), à 1 avortement et à 2 versions (1 enfant vivant) ; cas 46, ostéomalacie, 2 enfants vivants.

6° *Résultats des accouchements prématurés artificiels antérieurs.* — Cas 18, enfant obtenu vivant mais qui mourut 6 heures *post partum* ; dans l'accouchement prématuré provoqué actuel, mort de l'enfant *in utero* et perforation ; cas 27, le premier accouchement provoqué ne donna pas d'enfant vivant ; au second, il y eut complication de placenta prævia ; 29, l'accou-

chement prématuré et l'actuel ne donnèrent que des enfants morts ; cas 33, mêmes résultats ; cas 34, l'accouchement prématuré antérieur et l'actuel donnèrent des enfants vivants ; cas 38, 2 accouchements prématurés antérieurs et l'actuel donnèrent des enfants vivants ; cas 37, l'accouchement prématuré antérieur donna un mauvais résultat, l'actuel un bon ; cas 48, 1 accouchement prématuré artificiel antérieur avec enfant vivant ; cas 55, le premier accouchement artificiel prématuré donna un enfant vivant.

Résultats des 57 accouchements prématurés provoqués. — A. *Multipares.* Des 37 multipares 4 cas sont à éliminer, 3 où il y avait placenta prævia, 1 où l'accouchement prématuré fut combiné avec la symphyséotomie. Donc 33 cas comme éléments d'appréciation : enfants vivants, 19 ; mort-nés, 14 ; mortalité, 42 p. 100.

B. *Primipares*, 20 ; enfants vivants, 13 ; morts, 7 ; mortalité, 35 p. 100.

Mortalité infantile moyenne immédiate, 39 p. 100.

Résultats éloignés. — On eut des nouvelles seulement de 26 enfants ; or, après la première année, 13 seulement survivaient, dont 11 de femmes mariées.

En terminant, l'auteur, mettant en parallèle les résultats obtenus par l'accouchement prématuré et les résultats observés dans les accouchements antérieurs, après élimination soigneuse des cas non comparables, arrive à formuler les *conclusions* suivantes : *chez les multipares l'accouchement prématuré provoqué est applicable lorsque l'anamnèse établit indiscutablement que les accouchements antérieurs ont, par suite de sténoses pelviennes, évolué défavorablement pour l'enfant, et que la mère repousse la césarienne ou la symphyséotomie. Le cas se présentera relativement souvent dans la pratique privée.*

Chez les primipares, il ne faut poser l'indication de l'accouchement prématuré qu'avec la plus grande circonspection, parce que les notions d'accouchements antérieurs font défaut.

Un volume exagéré de l'enfant, des dimensions pelviennes notablement défavorables, — naturellement, comme limite inférieure celle jusqu'à laquelle, seule, la césarienne peut donner un enfant vivant — *serviront de points de repère; en tout état de cause, l'application de l'accouchement prématuré, chez les primipares, doit être réduite au minimum.*

Les résultats pour les mères sont, à l'heure actuelle, en dépit des résultats brillants que certains opérateurs ont obtenus avec la césarienne, notablement meilleurs que ceux fournis par cette dernière opération.

En conséquence, l'accouchement prématuré pour sténoses pelviennes restera encore, surtout dans la pratique privée, une opération applicable : il y a nécessité à l'enseigner aux étudiants dans les cliniques.

D'autre part, on s'efforcera d'obtenir que l'accouchement se fasse par le sommet.

R. LABUSQUIÈRE.

REVUE ANALYTIQUE

De l'interruption artificielle de la grossesse : indications et procédés (Die kunstliche Unterbruchung der Schwangerschaft, ihre Indikationen und ihre Methodik). A. FREUND, *Deutsche Mediz.-Zeitung*, 1902, n° 66, p. 784. — L'interruption de la grossesse est formellement indiquée au cas d'états pathologiques susceptibles d'être aggravés par elle et lorsque la santé de la femme est de ce fait compromise immédiatement ou à bref délai (vomissements incoercibles, incarcération irréductible de l'utérus rétrodévié, hernié, etc., hydramnios, affections graves des différents viscères (rein, cœur, poumons, foie), anémie progressive, ostéomalacie accusée, hémophilie, diabète, scrofule, chorée, pyschores, etc.). Toutefois, ce n'est pas précisément par eux-mêmes que ces processus créent l'indication, mais par leur influence pernicieuse sur la santé générale, par leur acuité, encore qu'il faille tenir compte de la force de résistance des sujets. Il convient, en particulier, de noter que, dans la grande majorité des cas, les soi-disant vomissements incoercibles sont des vomissements de nature hystérique qui, souvent, en dépit de l'amaigrissement et de la diminution des forces, laissent la grossesse aller à terme. Mais les signes de l'inanition créent l'indication rigoureuse à l'interruption de la grossesse. Pour la réduction de l'utérus gravide incarcéré, souvent l'application sur des régions externes du corps et dans le vagin d'appareils exerçant une pression continue (sachets à plomb, sachets à mercure) donne des résultats surprenants. La scrofule (struma) simple parenchymateuse peut, dans les premiers mois de la grossesse, empirer à un tel degré, qu'il survient de l'orthopnée avec cyanose mettant la vie en péril, accidents qui exigent l'interruption de la grossesse. Mêmes indications au cas de tuberculose pulmonaire compliquée de tuberculose laryngée, états qui s'aggravent singulièrement sous l'influence de la gestation et qui peuvent tuer subitement par œdème glottique. Les cardiopathies n'indiquent l'interruption de la grossesse que si les phénomènes de compensation

défectueuse prégravidiques s'accentuent notablement par la gestation. Dans les cas d'œdème pulmonaire brusque avec distension du cœur droit, une saignée préalable peut être très utile. Quand il y a cancer de l'utérus et que le néoplasme n'est pas trop avancé pour ôter tout espoir de guérison définitive, si l'enfant n'est pas encore viable, on fait l'extirpation totale de l'utérus ; par contre, si l'enfant est viable, on pratique la césarienne, qu'on fait immédiatement suivre de l'extirpation totale. Les myomes utérins ne créent pas, par eux-mêmes, d'indication à l'interruption de la grossesse.

L'indication relative existe dans les cas où l'expérience fait prévoir que l'accouchement à terme mettrait en danger la santé et la vie de la femme. *C'est le cas pour les bassins très retrécis.* Quand la femme n'accepte pas les opérations de nature à sauvegarder l'enfant, césarienne et symphyséotomie, il faut provoquer l'accouchement prématuré. L'accouchement prématuré à une époque de la grossesse où le fœtus est déjà apte à vivre hors de l'utérus est indiqué de façon relative au cas de bassin à rétrécissements moyens.

L'accouchement prématuré, quand son indication est judicieuse, quand il est conduit de façon compétente et bien surveillé, assure à la mère plus de sécurité que l'opération césarienne et la symphyséotomie, à l'enfant moins de chances de survie que la césarienne et les mêmes que la symphyséotomie. D'ailleurs, les enfants obtenus par l'accouchement prématuré sont plus menacés dans leur vie extra-utérine. Il convient, *chez les primipares*, quand la sténose pelvienne n'est pas considérable, d'attendre le plus possible, mais, plus tard, de tenir compte des incidents du premier accouchement pour adopter la meilleure conduite à suivre, et apprécier s'il y a indication relative à la césarienne. Le moment le plus favorable pour l'exécution de l'accouchement prématuré est de la 34e à la 36e semaine, et même, grâce à une diète d'amaigrissement, on peut différer l'intervention au-delà de la 36e semaine.

En ce qui concerne le *procédé opératoire*, l'auteur donne le suivant comme le meilleur : pour la préparation du col non ouvert, douche vaginale chaude, puis corps dilatateurs (laminaire) ou gaze iodoformée. Pour *l'avortement provoqué*, introduction de tiges d'Hégar jusqu'à perméabilité aisée du col à un doigt ; plus tard, la grossesse étant plus avancée, introduction dans la cavité utérine de bougies solides, et, au cas de contractilité utérine lente, appli-

cation, au niveau du segment inférieur de l'utérus, de ballons qu'on injecte. Quant à la rupture des membranes, son indication est rare, et elle a surtout pour but de délivrer, sûrement et rapidement, la gestante de douleurs notables causées par une hydramnios abondante.

R. L.

Adénome de l'utérus (Adenoma of the uterus). CULLEN, *Am. med. J.*, 1902, 5 juillet. — Sur 700 cas de myomes utérins, observés au *John Hopkins Hospital*, l'auteur a trouvé 19 exemples d'adéno-myomes, dont un certain nombre au début de leur évolution. En général, ces néoplasmes augmentent l'abondance et la durée des menstruations, tandis que, dans les périodes intermenstruelles, il y a, en général, peu ou pas d'écoulement. L'opinion à l'heure actuelle la plus accréditée, c'est qu'ils dérivent ou de la muqueuse utérine ou des canaux de Müller. Dans plus de la moitié des cas, on put constater que la muqueuse utérine se continuait directement dans la tumeur.

L'auteur divise ces tumeurs en 3 groupes : *a*) cas dans lesquels l'utérus conserve une configuration à peu près normale ; *b*) adéno-myomes sous-péritonéaux ou intraligamentaires; *c*) adéno-myomes sous-muqueux.

Le *pronostic* en général est favorable, pourvu que l'utérus soit enlevé avant l'apparition de phénomènes de compression. Le *diagnostic* est surtout difficile entre les cas ressortissant au premier groupe et les cancers du corps de l'utérus. Aussi importe-t-il, quand, vers la quarantaine, existent des troubles menstruels, de rechercher soigneusement la cause d'hémorragies exagérées, et même, dans les cas douteux, de recourir à l'examen microscopique.

R. L.

Traitement du cancer inopérable (Treatment of inoperable cancer). H. MORRIS, *Edinb. med. J.*, sept. 1902, p. 201. — Tant qu'on n'aura pas découvert la cause du cancer, les méthodes thérapeutiques contre le cancer inopérable restent, nécessairement, essentiellement empiriques. La sérothérapie, représentée par le liquide de Coley, ne s'est montrée utile que contre le sarcome à cellules fusiformes. Le traitement de Beatson par l'oophorectomie est tout

à fait incertain dans ses résultats. L'épithélioma est parfois remarquablement influencé par les rayons lumineux et par les rayons X ; mais, en d'autres cas, il se montre réfractaire et exige les procédés chirurgicaux ordinaires. Certaines variétés de cancers, primitif ou secondaire, cutané et viscéral, ont pu bénéficier beaucoup de l'action des rayons X, mais sans qu'on fût en droit de parler de cure définitive. Au résumé, l'espoir est tout dans la possibilité de découvrir un jour la cause primitive du cancer. R. L.

Le traitement du cancer de l'utérus (Die Therapie des Uteruskarzinoms). F. WEINDLER, *Deutsche med.-Zeitung*, 1902, n° 67, p. 796. — Dans le traitement du cancer de l'utérus, on peut suivre l'évolution suivante : amputation de la portion vaginale, amputation supra-vaginale du col de l'utérus, extirpation vaginale de l'utérus, extirpation par la voie sacrée, extirpation de l'utérus par voie abdominale, amputation du corps de l'utérus par la voie abdominale, opération radicale par cette voie.

Au Congrès de Giessen, deux courants très opposés d'opinion se produisirent : Schröder, Hofmeier, Winter se déclarèrent partisans des petites opérations ; Mackenrodt, Rumpf, Ries, Wertheim, des interventions radicales.

Weindler résume les nouvelles méthodes et conseille pour la plupart des cas de cancer de la portion, du col et du corps l'opération radicale. Précisément, dans les cas qui paraissent justiciables d'opérations partielles, l'extirpation totale de l'utérus constitue une intervention non dangereuse.

Les méthodes partielles restent comme procédés exceptionnels ou de nécessité dans les cas de lésions du cœur, de néphrite, de volumineuses tumeurs annexielles, d'exsudats aigus.

Quand l'infiltration cancéreuse a gagné loin dans le tissu cellulaire pelvien, la méthode vaginale est inapplicable, et l'abdominale frappée d'impuissance. Dans ces conditions, le traitement palliatif reprend ses droits : 60 p. 100 des cas restent ses tributaires.

R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris-Tours, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

GROSSESSE TUBAIRE

DÉVELOPPÉE DANS UN CONDUIT ACCESSOIRE

Par le docteur **Demons**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, et par le docteur **Fieux**, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux.

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, qui, sans avoir une santé vigoureuse, n'eut jamais de maladie grave. A noter seulement quelques poussées d'entérite muco-membraneuse et une angine aiguë, au mois de mars 1900, qui évolua sans fournir de complications. Constipation habituelle.

Les règles ont toujours été régulières, mais très douloureuses, si bien qu'à plusieurs reprises cette dame dut s'aliter et appliquer des compresses chaudes dans la région hypogastrique. Cinq années de mariage se passent sans la moindre annonce de grossesse. Enfin, les dernières règles se montrent du 15 au 20 août 1900, et vers la fin de septembre, nausées, gonflement des seins, envies étranges, tout cela venant confirmer l'idée d'une grossesse au début.

Le 20 octobre se produit un suintement roussâtre passager. Les nausées persistent, accompagnées de salivation abondante. La constipation s'accentue, et, le 25 octobre, de grands lavages intestinaux ramènent une grande quantité de scybales. Dans les jours qui suivirent, une série de lavements dut être administrée, lavements qui aboutissaient toujours à l'expulsion de matières très dures. Le suintement roussâtre reprend et persiste jusqu'au 6 novembre. Ce jour-là, dans la matinée, elle perd du sang rouge en assez grande quantité ; une sage-femme qui est auprès d'elle conseille immédiatement le repos au lit. Le lendemain, 7 novembre, elle ne perd plus et se sent très bien.

Le 8 novembre, à 8 heures du soir, cette jeune dame se lève pour uriner et, au moment de l'effort de la miction, elle ressent brusquement dans le bas-ventre une douleur très vive, qui bientôt après

est suivie de pâleur, de refroidissement des extrémités, défaillance, tendance à la syncope. Le pouls devient rapide et très petit. Immédiatement caféine et sérum salé en injection hypodermique.

Au moment où nous sommes appelé, le récit des événements qui venaient de se dérouler nous fit émettre la probabilité d'une grossesse ectopique rompue, diagnostic que l'examen ne peut que consolider.

En outre des phénomènes généraux déjà signalés, pouls à 140 et thermomètre à 37°,8; le ventre, un peu ballonné, est si douloureux que le palper est très difficile. Le palper bimanuel peut cependant faire reconnaître que l'utérus, augmenté de volume et dont le col était notablement ramolli, était un peu dévié à droite. A gauche, on trouvait une tumeur du volume d'une petite orange, tumeur accolée à l'utérus, bombant dans le cul-de-sac et dépassant l'arcade crurale de deux travers de doigt environ. Cette tumeur, très douloureuse à la pression, était à peu près fixe, tandis que l'utérus paraissait jouir d'une mobilité relative.

Le 9 au matin, MM. les professeurs Demons et Lefour, appelés en consultation avec M. Fieux, s'accordent sur le diagnostic de grossesse tubaire rompue. Une intervention s'imposait, mais un point qui méritait discussion était celui du moment où l'on devait agir. Était-ce immédiatement pour parer à de nouveaux accidents semblables toujours possibles ? Était-ce dans quelques jours, à un moment où la malade, relevée du choc déterminé par l'hémorragie péritonéale, aurait plus de chance de supporter l'opération ? Les deux opinions étaient soutenables, l'une comme l'autre pouvant avoir tort ou raison. Cependant, en raison de l'état d'affaiblissement extrême de la malade, état qui cependant paraissait en voie d'amélioration, ainsi que le témoignait le pouls à 125 et la légère recoloration des lèvres, on résolut de temporiser un peu.

En attendant, glace sur le ventre, vin de champagne, caféine, sérum salé, oxygène.

Opération le 15, pratiquée par MM. les professeurs Demons et Lefour. Position de Trendelenburg. Laparotomie sous-ombilicale. On retire en grande quantité (500 grammes environ) du sang noir et des caillots, au milieu desquels est perdu un petit embryon macéré de 42 millimètres. La trompe gauche, renfermant le kyste fœtal, du volume d'un œuf de dinde environ, est enlevée sans difficulté. L'examen des annexes du côté opposé montre que la trompe

droite est un peu congestionnée, mais ne présente pas de lésions apparentes.

Devait-on les supprimer et ravir ainsi tout espoir de maternité à cette jeune femme? Devait-on les laisser avec la crainte d'une nouvelle grossesse tubaire? L'appel de M. Varnier sur la fréquence relative des grossesses ectopiques récidivantes pesa sur la décision : les annexes droites furent enlevées. Un gros drain plongeant dans le Douglas fut fixé à l'angle inférieur de la plaie. Ce drain fonctionne abondamment pendant les premières vingt-quatre heures et est enlevé à la fin du deuxième jour. A part un phlegmon de la paroi abdominale, qui vint troubler les suites opératoires, celles-ci furent relativement simples, et la guérison fut rapide.

Mais le point tout à fait intéressant de cette observation réside dans l'examen des pièces.

Kyste fœtal (fig. 1). — Le kyste fœtal K, de forme ovoïde, mesure

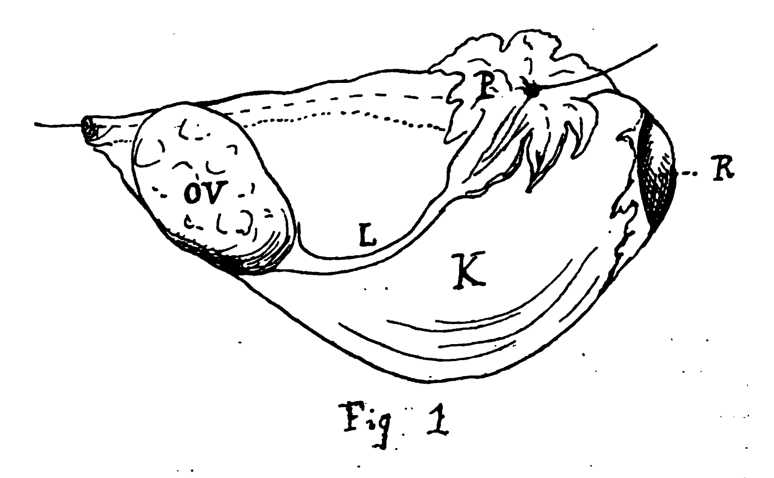


Fig. 1

85 millimètres de longueur et 13 centimètres dans sa circonférence perpendiculaire au grand diamètre. A la partie supérieure et externe on distingue nettement le pavillon de la trompe P, dont la plus longue frange est reliée à l'ovaire OV par un ligament tubo-ovarien assez épais L. En dehors et un peu au-dessous du pavillon est un orifice circulaire de 28 millimètres de diamètre, bordé de

ci, de-là, par quelques replis flottants ressemblant à des franges tubaires de petite dimension. Par cet orifice pointe une petite masse noirâtre R, placenta ou caillot. A la partie interne du kyste fœtal on constate très nettement la lumière de la trompe sectionnée au niveau de l'isthme.

Jusqu'ici rien de particulier, mais où cela devient intéressant,

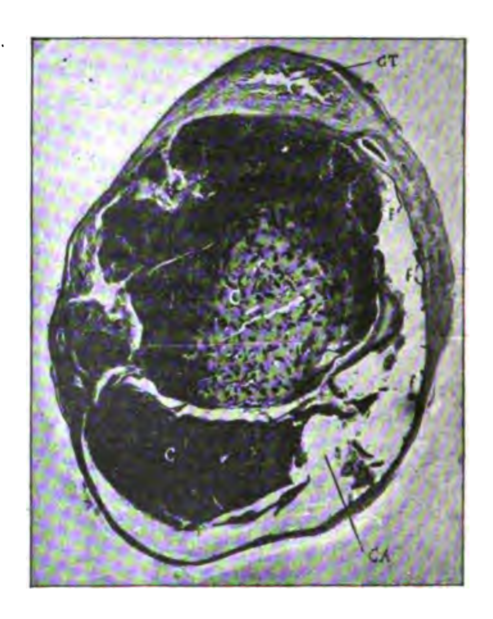


FIG. 2

c'est à la coupe. Une coupe, pratiquée à la partie moyenne du ligament tubo-ovarien, montre en effet les détails que l'on peut suivre sur la figure 2 (photographie). En CT est la cavité tubaire, nettement reconnaissable à sa paroi musculaire et aux replis arborescents de sa muqueuse à épithélium cylindrique haut. Au-dessous est le kyste fœtal GA qui renferme du sang et de la fibrine CC, et des groupes de villosités *vvv*. La paroi du kyste fœtal, très amincie en certains points, et notamment à gauche de la coupe, où les villosités sont surtout nombreuses, semble n'être qu'un dédoublement de la paroi de la cavité tubaire. Cet enveloppement musculaire faisait de suite rejeter l'hypothèse d'une grossesse souspéritonéo-

pelvienne, hypothèse ne cadrant, du reste, nullement avec les caractères de la tumeur, qui. à l'opération, ne présentait pas du tout les signes d'une tumeur incluse dans le ligament large. D'ailleurs, sur plusieurs points de la paroi, on trouvait un revêtement épithélial et des franges muqueuses caractéristiques *fff* qui démontraient d'une façon certaine qu'il s'agissait bien là d'une cavité tubaire.

La première idée qui s'offrit alors à notre esprit fut que nous étions en présence d'une grossesse développée dans un repli de la trompe flexueuse, ainsi qu'on en voit un remarquable exemple dans la planche I de la thèse de mon excellent ami Couvelaire. Mais un mince stylet à extrémité mousse, enfoncé doucement par la région isthmique sectionnée au ras de l'utérus, ressortit par le pavillon.

Le kyste fœtal, était donc développé au dehors de la trompe elle-même et nous étions forcés d'en arriver à ceci : l'œuf fécondé s'était greffé dans une cavité tubaire accessoire. Du reste, en y regardant de près, l'orifice par lequel l'œuf faisait hernie, était bordé de petites franges.

Il ne s'agissait donc pas d'une rupture, mais bien d'un avortement tubo-abdominal incomplet de cet œuf implanté dans une cavité accessoire.

Passons maintenant aux annexes du côté opposé, à la trompe droite, enlevée, je le répète, parce qu'elle fut trouvée grosse, congestionnée, et surtout parce que nous étions encore sous le coup de cette révélation de la fréquence relative de la grossesse ectopique récidivante. Examinée après l'opération, elle ne présentait, à première vue, rien d'anormal. Mais en y regardant de près, on distinguait à 4 ou 5 millimètres en dedans du pavillon principal, et un peu en arrière de lui, un petit pavillon accessoire. Les franges de ces deux pavillons étaient confondues et ce n'est qu'avec beaucoup d'attention qu'on parvenait à les différencier. Un fin stylet mousse, poussé avec précaution dans le pavillon accessoire, s'arrêtait à 12 millimètres. Il semblait donc que ce pavillon accessoire, au lieu de déboucher dans la cavité de la trompe, se continuait avec un petit conduit tubaire accessoire, conduit borgne, non communi-

quant. C'est en effet ce que nous montre (fig. 3) une coupe passant par la région ampullaire immédiatement en dedans du pavillon accessoire. On y voit la section de la trompe T avec ses caractères habituels, la coupe des vaisseaux utéro-ovariens et enfin la section d'une autre cavité CA, quatre fois plus petite, reliée à la princi-

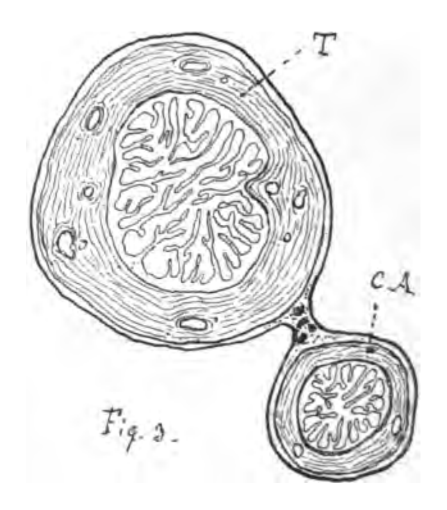


Fig. 3.

pale par un méso de 2 à 3 millimètres et présentant les franges de l'épithélium caractéristiques de la cavité tubaire.

En somme, ici comme du côté gravide, nous retrouvons absolument la même anomalie : pavillon accessoire, auquel fait suite un conduit accessoire non communiquant avec la cavité tubaire.

Il est bien entendu que depuis longtemps déjà, depuis que Richard, en 1851, eut décrit l'existence de pavillons accessoires au niveau du tiers externe de la trompe, cette disposition particulière a été classée parmi les causes prédisposantes de la grossesse extra-utérine. Mais ceci n'était considéré que comme une cause prédisposante possible, car, dans la littérature médicale, aucun fait clinique ou anatomique bien étudié n'en venait apporter une preuve absolue. Nous

trouvons en effet dans la thèse de Paquy (Paris 1897) la phrase suivante : « C'est là une monstruosité extrêmement rare et qui n'a pas été signalée, croyons-nous, comme existant avec la grossesse extra-utérine. En supposant qu'elle pût être rencontrée, sa rareté même empêcherait de l'invoquer comme cause habituelle de la grossesse ectopique, il faudrait plutôt voir là une simple coïncidence. »

Sans craindre de trop nous avancer, il nous semble que notre observation et nos pièces anatomiques constituent un document inattaquable de grossesse développée dans un pavillon et dans un conduit accessoire.

Et maintenant, autre et dernière question : A-t-on bien fait d'enlever la trompe droite? Rappelons-nous que cette jeune dame est restée cinq ans depuis son mariage avant de devenir enceinte et que la première fécondation a abouti à une grossesse extra-utérine du côté gauche, par malformation de la trompe. Or, la trompe droite présentant une anomalie identique, il en résultait, à l'occasion d'une fécondation nouvelle, de grandes chances (50 p. 100 au moins) pour que cette grossesse fût ectopique encore.

A l'occasion de la remarquable observation de M. M. Chapot-Prevost, publiée à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, séance du 7 décembre 1900, M. Varnier faisait remarquer que, d'une façon très générale, la grossesse ectopique récidivante revêtait une physionomie et une marche semblables à celles de la première. « C'est là, dit-il, un fait digne de remarque. Je le signale à votre attention, ne me croyant pas autorisé à en tirer la conclusion qu'il est des femmes, que l'état anatomique ou le mode de fonctionnement de l'appareil tubo-ovarien prédisposent, non seulement à la récidive de la grossesse ectopique, mais encore à la récidive de la même variété de grossesse ectopique. »

Chez notre malade, il est certain qu'il y avait chance, non seulement de récidive, mais encore de récidive de la même variété et par suite toutes probabilités pour la même marche et la même terminaison.

DU ROLE DU GONOCOQUE

AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE LA PUERPÉRALITÉ

(le nouveau-né excepté),

Par le Docteur **A. Fruhinsholz,** chef de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Nancy.

Jusqu'à présent, en France, le rôle du gonocoque dans la grossesse et dans la puerpéralité a été peu envisagé : on l'a considéré comme insignifiant, en ce qui concerne la mère du moins, et il est à peine question, dans les ouvrages classiques, des complications qui peuvent surgir chez elle, à l'occasion de l'accouchement, lorsque ses voies génitales sont envahies par le microbe de Neisser.

Il y a longtemps cependant que les auteurs étrangers ont appelé l'attention sur cette question et ont insisté sur la source de dangers que crée chez une femme accouchée une blennorrhagie, ancienne ou récente. Giles (1), dès 1871, Nœggerath (2), en 1872, rapportent des exemples de ces accidents puerpéraux particuliers et les caractérisent très bien cliniquement ; ils sont confirmés par Macdonald (3) (1873) et bien plus tard, en 1886, par Saenger (4), dans un rapport au Congrès de la Société allemande de gynécologie, à Munich.

La question, dès lors lancée, devient l'objet de nombreuses

---

(1) GILES, Gonorrhæa and Peritonitis. *The brit. med. Journ.*, 1871, p. 417.

(2) NŒGGERATH. *Die latente Gonorrhe im weiblichen Geschlecht.* Bonn., 1872.

(3) MACDONALD, Latent Gonorrhæa with special relation to the puerperal state *Edin. med. Jour.*, juin 1873.

(4) SAENGER, *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynäk.*, 1886, t. I, p. 177.

communications isolées en Allemagne (Kroner, Fehling, V. Steinbüchel, Schuhmacher, Fritsch, Fuchs, Menge, Krœnig, Neumann, Léopold...), en Amérique (Ross, A. M., Ross, W., Burr, Cumston...), en Angleterre (Lea...) (1). M. Varnier, le premier en France, s'en fait l'écho et consacre dans son livre remarquable sur *l'Obstétrique journalière* un chapitre spécial à la gonococcie puerpérale.

Mais les conclusions qu'apportaient les différents auteurs étaient contradictoires : aussi, en présence du pessimisme exagéré des uns opposé à l'optimisme des autres, avons-nous eu l'idée de compulser les documents apportés au procès, d'en retenir tous ceux qui offraient quelque valeur ; nous les avons réunis dans notre thèse de doctorat et nous nous proposons aujourd'hui de rapporter, en les développant, les conclusions qu'ils nous ont paru légitimer.

La blennorrhagie doit être envisagée séparément dans ses relations avec la grossesse et la puerpéralité proprement dite.

Cette maladie est fréquente chez la femme enceinte, et la plupart des statistiques s'accordent pour évaluer cette fréquence à une proportion de 20 à 25 p. 100. Le point important est ici de savoir que, abstraction faite des contagions accidentelles au cours de la grossesse, celle-ci peut quelquefois venir compliquer une blennorrhagie préalablement existante ; loin de nous l'idée de vouloir diminuer par là l'importance du pouvoir stérilisant de la blennorrhagie, mais nous tenons à insister sur les cas, peut-être moins rares qu'on ne le croit, où une grossesse survient malgré une blennorrhagie vulvo-cervicale ou même cervico-utérine. Il y a en effet de ces cas qui sont indubitables, et nous en citons des exemples dans notre thèse. Ils sont très importants à connaître ; ce sont

(1) Pour toutes ces indications bibliographiques, cf : FRUHINSHOLZ, *De la Blennorrhagie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité*. Thèse Nancy, 1901-1902. Baillière, édit., Paris.

aussi les plus graves au point de vue puerpéral : on comprend facilement que la propagation ascendante d'une blennorrhagie se fera d'autant plus volontiers que celle-ci occupera le col dès ou même avant l'état de grossesse, devant profiter des conditions favorables qui lui seront offertes lorsque l'utérus sera débarrassé du produit de conception. Or, nous avons été plus d'une fois frappé en clinique par la coexistence d'une grossesse et d'une métrite *cervicale* gonococcique, caractérisée au spéculum, vérifiée par le microscope, et manifestement ancienne, antérieure certainement à la conception.

La grossesse semble avoir une action défavorable, aggravante sur la blennorrhagie, au même titre que les états qui ont pour effet habituel une exagération des sécrétions génitales ; on ne peut en effet manquer d'être surpris, en parcourant des observations de femmes enceintes blennorrhagiques, du grand nombre de cas où les premiers signes cliniques d'une blennorrhagie se sont révélés en coïncidence avec le début de la conception; or nous croyons rationnel de penser que la simultanéité d'apparition de la blennorrhagie et de la fécondation n'est, le plus souvent, que le ravivement d'une infection gonococcienne latente, soulignée par l'état de grossesse, alors qu'on pourrait supposer que c'en est le début.

Quelle est, par contre, l'action de la blennorrhagie sur la grossesse ? Il ne paraît pas, d'après nos observations, que l'avortement ou l'accouchement prématuré soient notablement plus fréquents chez la femme blennorrhagique ; cependant, il y a des cas d'interruption intempestive de la grossesse où le gonocoque joue par lui-même le principal rôle, et nous apportons des observations rigoureuses (Fabre, Maslowsky, Draghiescu) qui nous montrent des gonocoques typiques, occupant la caduque ou le placenta, en coïncidence avec des lésions microscopiques et macroscopiques de ces éléments, exacte ment superposées à la répartition microbienne. Nous ne discuterons pas la question de savoir si le gonocoque se trouvait dans la caduque avant la fécondation ou s'il s'y est insinué secondairement : nous croyons les deux explica-

tions également vraisemblables ; cependant nous appellerons particulièrement l'attention sur une observation de Maslowsky, où le gonocoque s'est montré dans la caduque placentaire, bien que la contagion blennorrhagique ne semblât pas remonter en deçà du quatrième mois de la grossesse. Le rôle habituellement défensif et microbicide attribué au bouchon muqueux du col serait-il impuissant contre le gonocoque ? Cela est possible, d'autant plus que la propriété originale que celui-ci possède de pénétrer l'épithélium sain, lui permet de se propager du vagin dans la cavité utérine vraie, en se soustrayant à l'action néfaste des sécrétions cervicales.

Les relations de la blennorrhagie avec la puerpéralité sont plus importantes à considérer : il s'agit de savoir si les femmes accouchées, antérieurement blennorrhagiques, sont plus exposées que d'autres à des accidents, et si ces accidents revêtent une physionomie spéciale permettant de les caractériser. Cette question a été ou, mieux, paraît avoir été très étudiée, à en juger par le nombre assez considérable de publications auxquelles elle a donné lieu; mais ces publications sont loin d'avoir toutes la même valeur. Pourquoi ? Il est à cela différentes causes.

Avant d'imputer à une blennorrhagie des accidents qui surviennent au cours de la puerpéralité, il faut que l'existence de cette blennorrhagie soit bien prouvée ; or rien n'est plus difficile et rien n'est plus inégalement établi, suivant les auteurs : les uns apportent en témoignage une uréthrite aiguë ou chronique du mari, les autres l'apparition d'ophthalmie chez l'enfant, avec ou sans confirmation bactériologique ; d'autres nous signalent l'existence des signes cliniques de la blennorrhagie féminine; mais ces signes sont souvent discutables ; une petite série enfin nous fournit une attestation microscopique.

La blennorrhagie étant ainsi plus ou moins bien caractérisée, il s'agit d'y relier les accidents existants, s'il s'en produit : nouvelles difficultés, tenant à ce que, si les accidents surviennent chez une femme blennorrhagique en état de puer-

péralité, ils ne sont pas, de ce fait, de nature, ni même d'origine, directement ou indirectement, gonococcique : il peut y avoir eu des anomalies dans le mécanisme de l'accouchement ou de la délivrance (rupture prématurée de la poche des eaux, longueur excessive du travail, rétentions de membranes, etc.), des fautes d'antisepsie chez la parturiente ou chez ses assistants, toutes causes susceptibles par elles-mêmes de provoquer une évolution anormale de la puerpéralité. L'examen microscopique est donc indispensable pour bien établir la réalité des accidents puerpéraux gonococciques et encore n'est-il bien probant que si on y apporte une minutie particulière, sans laquelle il n'est qu'un trompe-l'œil et un faux garant. Un exemple : certains auteurs en face de manifestations pathologiques, générales ou locales, survenant chez des femmes blennorrhagiques en état de puerpéralité, se contentent de faire un prélèvement lochial au niveau de l'orifice externe du col, le soumettent à l'examen bactériologique et, s'ils rencontrent le gonocoque, ne manquent pas de lui imputer la paternité des accidents constatés. Cette apparente rigueur dans la démonstration ne peut contenter que des esprits superficiels : cela prouve tout simplement qu'une femme, qui hébergeait le gonocoque dans sa cavité cervicale avant l'accouchement, continue à l'y héberger après, mais il ne s'ensuit pas nécessairement que les accidents d'infection annexielle, péritonéale et surtout générale qu'elle peut présenter, soient gonococciques. Nous devrons donc exiger, avant de conclure à une anomalie, que les prélèvements lochiaux soient faits dans la cavité utérine elle-même, normalement exempte de germes après l'accouchement ; nous devrons, autant que possible, examiner bactériologiquement le contenu des collections pelviennes, avant de conclure à leur nature blennorrhagique, et pour cela nous devrons profiter des interventions opératoires, s'il s'en trouve.

Ces exigences posées, voyons à quels résultats notre enquête à travers les documents publiés nous a amené.

Deux faits, deux données bactériologiques dominent essen-

tiellement la pathologie puerpérale des femmes blennorrhagiques :

1° Il est incontestable (Bumm, Kroner, Krönig, Steinbüchel) que le milieu lochial est essentiellement favorable au développement du gonocoque : celui-ci se multiplie toujours d'une façon anormale dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ; souvent même, le gonocoque, qui échappait à l'examen microscopique, tant il était rare ou dissimulé, dans les derniers jours de la grossesse, est *révélé* par l'état de puerpéralité ; il réapparaît dans les lochies en raison de sa prolifération extraordinaire, et cela, sans qu'une contamination nouvelle puisse être incriminée (Steinbüchel) ;

2° Le gonocoque, microbe original, vit mal en association avec d'autres éléments : les infections mixtes où entre le gonocoque sont rares et particulièrement transitoires, aboutissant presque toujours, d'abord à la prédominance d'une espèce sur l'autre, puis à sa substitution à cette dernière. Par contre, les infections secondaires sont fréquentes, et le gonocoque ouvre souvent la voie à des microbes pyogènes vulgaires, streptocoques ou staphylocoques (Immerwahr, Janet), qui viennent le remplacer.

Nous pouvons dès lors pressentir les deux grandes catégories d'accidents susceptibles de se développer chez des femmes accouchées, du fait d'une blennorrhagie antérieure : elles seront exposées d'une part, à des accidents *de nature gonococcique*, tirant leur origine de cette prolifération microbienne toute spéciale dont l'accouchement est l'occasion, et des conditions anatomiques favorables qu'elle rencontre ; d'autre part, à des accidents pour lesquels nous proposons la désignation d'*accidents parablennorrhagiques* et qui dérivent de ces infections secondaires que le gonocoque installe à sa suite.

Nous nous occuperons d'abord de ces derniers, en évitant d'insister sur eux plus qu'ils ne le méritent : ce ne seront en effet jamais que des accidents rationnels, vraisemblables à un plus ou moins haut degré ; leur subordination à l'égard d'une

blennorrhagie existante sera toujours difficile à établir, ne pouvant se fonder que sur des présomptions cliniques, pour ainsi dire pas une seule fois sur des preuves irréfutables. Les auteurs qui se sont occupés de la question ont peut-être trop complaisamment rapporté de ces exemples discutables et mal étayés d'accidents blennorrhagiques. Parmi les observations que nous avons pu compulser, il y en a de nombreuses en effet, où nous voyons imputer à la blennorrhagie des septicémies mortelles, des péritonites généralisées, des endométrites graves, etc... Or, nous estimons que cette imputation ne reste admissible, et encore avec une certaine réserve, que dans un nombre restreint de cas. Tant que chez des femmes accouchées blennorrhagiques se produisent des manifestations pathologiques, générales ou locales, causées par un élément pathogène banal, streptocoque, staphylocoque ou coli, nous ne sommes autorisés à établir un lien entre la blennorrhagie et ces sortes d'accidents, que dans les cas exceptionnels où, toutes les phases de l'accouchement ayant été normales, où l'antisepsie et l'asepsie ayant été bien observées, où les conditions de milieu et d'assistance étant favorables, la blennorrhagie, par conséquent, demeure la seule étiologie rationnelle possible : ces cas se rencontrent, et nous en citons quelques exemples dans notre travail inaugural.

Les accidents gonococciques vrais de la puerpéralité sont par contre indubitables : ils sont bien établis, ils ont une sanction bactériologique complète, et ils sont intéressants à connaître, en raison de l'importance du diagnostic étiologique qui s'y rattache et de la confusion que leur localisation spéciale dans le temps peut entraîner avec les accidents puerpéraux ordinaires.

L'endométrite gonococcique puerpérale les domine tous : elle en est en quelque sorte le pivot et d'elle dérivent presque tous les autres. On sait que, normalement, la cavité utérine reste exempte de germes dans les jours qui suivent l'accouchement ; or, des prélèvements lochiaux profonds, intra-utérins, pratiqués avec toutes les précautions exigées en pareil

cas, en évitant surtout une contamination accidentelle au niveau de la cavité cervicale, ont montré que le gonocoque, indépendamment des cas où il persistait dans la caduque malade, était capable de se propager après l'accouchement, du col vers la cavité du corps utérin (Krœnig, Frantz, Stahler et Winckler, Maslowsky, Vogel, Franqué). On pourrait de prime abord penser que cette propagation est accidentelle et n'offre rien de pathologique : cependant ces faits ont été constatés trop souvent et avec de telles garanties bactériologiques, par Krœnig en particulier, pour que le doute soit permis; d'autre part, Neumann a pu observer plusieurs fois la présence du gonocoque dans l'épaisseur même de la muqueuse déciduale; enfin, dans presque tous les cas les lochies se trouvaient modifiées et prenaient un caractère anormal, très abondantes et franchement purulentes. Quelquefois, mais pas toujours, coexistaient des élévations thermiques, généralement légères et de peu de durée : il semble bien que certains cas de fièvre éphémère des accouchées s'expliquent par une invasion gonococcique de la muqueuse du corps utérin.

Quelquefois la paroi elle-même du corps de l'utérus est infiltrée par le gonocoque, et il semble que l'étiologie combinée, puerpérale et gonococcique, soit à incriminer dans une proportion assez forte des cas d'*abcès utérins*.

Mais souvent à l'occasion de la puerpéralité une blennorrhagie devient ascendante et aboutit à des lésions variées de *salpingite, d'oophoro-salpingite, de périmétrite*, etc. Si ces accidents gonococciques puerpéraux sont généralement méconnus, il nous semble que cela tient à leur date d'apparition le plus souvent tardive, éloignée de 3 à 7 semaines de l'accouchement : ils éclatent lorsque les malades ont quitté les maternités, ils les amènent alors dans des services de chirurgie où, cliniquement et anamnestiquement, ils sont catalogués comme manifestations puerpérales sans autre épithète, streptococciques par conséquent, à moins qu'un examen bactériologique au cours ou à la suite d'une laparotomie ne vienne déceler leur nature gonococcique.

Et de fait, presque tous les auteurs qui ont étudié la bactériologie des suppurations annexielles ont été frappés (Hartmann et Morax, Schauta) par la prépondérance tout à fait remarquable qu'y a le gonocoque. Cette prépondérance est pour nous en relation avec l'appoint si considérable qu'apporte la puerpéralité à la blennorrhagie, la première provoquant les facultés naturellement ascendantes de la seconde.

Nous donnons, dans notre thèse, quelques observations intéressantes de lésions inflammatoires annexielles développées consécutivement à des accouchements ou à des avortements, qui y sont d'ailleurs nettement reliées par une série de manifestations cliniques, et où, après ablation, le microscope ne décéla que le gonocoque ; nous signalerons, parmi ces observations, quelques cas d'abcès ovariques puerpéraux à gonocoques, et l'hypothèse qu'émet à leur sujet Menge, qui les croit en partie favorisés par le corps jaune de la grossesse.

Le gonocoque enfin est capable, au cours de la puerpéralité, de donner lieu à des manifestations à distance : c'est ainsi que le rhumatisme blennorrhagique, si rare habituellement chez la femme, le semble moins chez la femme accouchée, et nous pensons avec Patenostre, Vinay, Begouin, Bar, que nombre de cas décorés du titre de rhumatisme puerpéral doivent être rapportés à la blennorrhagie.

La notion de l'étiologie diverse de la septicémie puerpérale n'est plus à discuter, et on sait que non seulement le streptocoque, mais aussi le staphylocoque, le coli-bacille, le pneumocoque, etc., peuvent en être l'agent. Or, une observation récente de MM. Harris et Dabney, de Baltimore, nous montre une femme qui succombe, au 26e jour de ses couches, à une infection ayant toutes les apparences de la septicémie puerpérale ordinaire avec endocardite, et à l'autopsie de laquelle on trouve, dans les végétations valvulaires, à côté de streptocoques, des gonocoques dûment caractérisés par leurs réactions de coloration et de culture ; dans les lochies on avait

trouvé un diplocoque qui présentait un caractère assez particulier au gonocoque, celui de ne pas se développer sur les milieux ordinaires.

Tels sont les méfaits les plus communs dont le gonocoque est capable au cours de la puerpéralité, mais ce ne sont pas les seuls. On a vu le gonocoque contrarier l'évolution d'une opération césarienne (Hecking) et provoquer la suppuration des points de suture; on a vu des mastites même, déterminées par lui (Sarfert). La virulence nouvelle qu'il prend dans l'écoulement lochial explique le retour, ou l'exacerbation, ou même l'apparition d'uréthrites, de cystites, de bartholinites, de rectites (Krœnig), à l'occasion de la puerpéralité. Signalons enfin le rôle étiologique que la blennorrhagie semble jouer dans certaines phlébites puerpérales, rôle cliniquement vraisemblable, quoique la preuve bactériologique n'en ait pas encore été faite.

Nous croyons donc, et c'est là le résultat de notre enquête, dont les pièces justificatives se trouvent rapportées (1) ailleurs, que la prise en considération du gonocoque, en pathologie puerpérale, s'impose. S'il n'est pas susceptible en général, par lui-même, de mettre en danger la vie des femmes, il les expose néanmoins à toute une série d'accidents, les uns bénins, les autres fonctionnellement graves, tantôt précoces, tantôt, et le plus souvent, tardifs.

La proportion suivant laquelle les accouchées ont à pâtir d'une blennorrhagie antérieure est encore mal établie : Lea, estime à 36 p. 100 la proportion des femmes blennorrhagiques présentant des suites de couches immédiates pathologiques; V. Steinbüchel trouve qu'au début cette proportion se réduit à 10 p. 100 seulement, mais qu'elle s'élève considérablement si on suit les accouchées pendant un certain temps : 2 à 3 mois après l'accouchement, 6 femmes sur 8 se montreraient porteuses de lésions annexielles graves.

Nous ne nous dissimulons pas ce que les données sur cette

(1) Thèse Nancy, 1902.

intéressante question ont encore d'incomplet, mais nous serions heureux si nous devions, par notre communication, rappeler l'attention sur un côté de la pathologie puerpérale, peut-être un peu méconnu chez nous, et provoquer par là l'apport de documents nouveaux et suffisamment précis.

EXAMEN ANATOMIQUE D'UN

LIPO-FIBROME DE L'UTÉRUS

PROVENANT DE L'INSTITUT ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU PROFESSEUR CHIARI, A PRAGUE

Par **Jacobson** (1).

La tumeur provenait d'une femme de 68 ans, morte à Prague, en 1860. La pièce, constituée par l'utérus augmenté de volume avec ses annexes, a été conservée dans l'alcool. La tumeur elle-même était située dans la partie droite de la paroi antérieure du corps utérin, plus près de la muqueuse que de la séreuse, dont elle était séparée par une couche de tissu musculaire utérin bien accusée. La tumeur avait une forme sphérique de 8 centimètres de diamètre. Elle était bien délimitée et aurait pu être facilement énucléée.

La partie interne de cette tumeur faisait saillie, en forme de demi-sphère, dans la cavité utérine, qu'elle agrandissait.

L'utérus étant sectionné par sa face antérieure, on put constater que sa cavité avait une longueur de 8 centimètres du fond jusqu'au col ; la cavité du col avait une longueur de 3 centimètres et demi, l'arbre de vie était bien dessiné. La consistance de la tumeur était uniformément dure.

Un autre noyau, beaucoup plus petit, se trouvait aussi dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus, à gauche et au-dessous du premier, à la jonction de la cavité interne et de la cavité du col. Ce noyau était situé dans l'épaisseur de la paroi utérine, à égale distance de la muqueuse et de la

(1) Traduit du russe par le Docteur Rechtsamer.

séreuse : sa situation était par conséquent interstitielle. Il avait une longueur de 3 centimètres et une largeur de 1 centimètre et demi, se séparait facilement des parties voisines et avait une forme ovoïde.

Le gros noyau fut divisé par une section horizontale en deux moitiés. A la coupe, il avait l'aspect et la structure d'un fibrome ordinaire ; on pouvait distinguer des faisceaux musculaires, groupés en forme de nodules séparés par des couches plus dures, probablement de tissu fibreux. Dans un endroit, presque au centre, dans une étendue de 2 centimètres, on pouvait voir du tissu adipeux, bien reconnaissable sans le microscope.

Ce tissu était plus jaune, plus homogène et moins compact que le tissu environnant.

En examinant attentivement la surface de la coupe, on pouvait voir à l'œil nu des îlots beaucoup plus petits, rappelant également le tissu adipeux, bien que moins nets, au milieu de la structure myomateuse de la tumeur. Au travers de cette tumeur passait une série de fentes rappelant des espaces lymphatiques. Le petit nodule présentait sur une section transversale l'aspect typique d'un fibrome pur.

Sur le gros nodule on prit un fragment pour l'examen topographo-histologique. Ce fragment fut divisé en douze morceaux, inclus dans la celluloïdine et soumis à l'examen microscopique.

Pour la coloration des préparations on se servit de l'hématoxyline (éosine et Van Guison) et la réaction à l'acide osmique.

L'examen microscopique confirma ce qui avait été vu à l'œil nu, à savoir : qu'il s'agissait d'un fibrome contenant, surtout dans certains endroits, un riche réseau, très diffus de tissu adipeux.

Les noyaux des fibres musculaires, très fines, se coloraient passablement et notamment là où les muscles avaient une section transversale ; il est à souligner que cette coloration existait, malgré la conservation de la pièce dans de l'alcool pendant tant d'années. Ce tableau était particulièrement mar-

qué dans les endroits où le tissu adipeux était insignifiant. Dans d'autres endroits, la faculté de la coloration était moindre. Les agglomérations de tissu adipeux se disposaient non seulement entre des faisceaux musculaires isolés, mais, en détruisant ces derniers, elles donnaient le tableau de la lipomatose des muscles à fibres transversales.

En certains endroits, le tissu adipeux était si abondant que la tumeur perdait complètement son caractère myomateux, bien qu'elle présentât, çà et là, de très rares éléments musculaires.

Le caractère myomateux de la tumeur était surtout conservé au voisinage de la muqueuse.

Les fentes qui traversaient en grande quantité la tumeur peuvent être considérées comme des espaces lymphatiques ; ce qui le fait encore supposer, c'est qu'elles se trouvaient au voisinage des grands vaisseaux vasculaires, bien que l'endothélium n'ait pu être découvert.

L'examen histologique du petit noyau n'a montré que la structure d'un fibrome, ce qui était conforme avec l'aspect macroscopique de la tumeur. Fibres musculaires bien conservées, coloration des noyaux très bonne, absence de tissu adipeux.

La différence de coloration des noyaux des cellules musculaires ne peut être expliquée par le séjour prolongé plus de 30 ans dans l'alcool, car alors il n'y aurait pas de raisons pour expliquer cette différence dans les mêmes éléments de la tumeur.

Elle ne peut être expliquée que par la dégénérescence lipomateuse : d'une part, parce que là où elle était la plus prononcée, la faculté de coloration était la moins accusée et, d'autre part, parce que, dans le petit noyau, où il n'y avait pas trace de tissu adipeux, la coloration des noyaux était très marquée.

Il s'agit donc d'une dégénérescence secondaire d'un fibromyome, dont le tissu conjonctif a été infiltré par le tissu adipeux, ce qui a déterminé une lipomatose étendue du noyau fibromateux. Primitivement, la tumeur a dû être comme le

petit noyau situé dans la paroi antérieure de l'utérus présentant le tableau typique d'un fibrome.

Plus tard, avec l'atrophie sénile de tout l'appareil génital en général, l'infiltration adipeuse s'est manifestée sous une influence de cause inconnue, et la tumeur a perdu sa structure primitive pour présenter le caractère d'une tumeur lipo-fibromyomateuse.

VI[e] CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

(*Rome, septembre* 1902).

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

PREMIÈRE QUESTION

Traitement du cancer de l'utérus.

S. Pozzi (Paris). — Le cancer de l'utérus revêt des formes cliniques dont l'évolution est commandee par l'âge de la malade, par le siège du néoplasme, par la variété histologique de la tumeur. Malgré les progrès incessants de la chirurgie, il reste au-dessus des ressources de la thérapeutique, et, si nous pouvons escompter des survies très prolongées dans des cas particulièrement favorables, il ne nous est guère permis de dire que nous le guérissons. A part quelques heureuses exceptions, qui, parfois, nous rendent très sceptiques vis-à-vis du diagnostic posé, la conviction de la faiblesse de nos moyens d'action est telle, que nous considérons par avance comme condamnée toute femme atteinte de cancer de l'utérus. Ce pronostic, aux yeux de certains chirurgiens, autorise toutes les audaces et justifie toutes les tentatives opératoires faites pour arracher les malades à une mort certaine ; pour d'autres, elle excuse toutes les timidités et légitime l'extension à un très grand nombre de cas du traitement simplement palliatif.

Le cancer de l'utérus n'est nullement toujours identique à lui-même, et je dois, après bien d'autres, mettre en relief l'influence de l'âge. Il m'est arrivé d'opérer des femmes toutes jeunes, ayant moins de vingt-cinq ans, et ce fut toujours pour moi une tristesse profonde que de voir le mal repulluler sur place, parfois avant la cicatrisation de la plaie, malgré de larges exérèses. En revanche,

chez des femmes âgées de plus de soixante ans, par des traitements purement palliatifs, par des pansements soigneux, par des curettages successifs doublés de cautérisation, j'ai pu obtenir des survies de plusieurs années, n'allant pas sans causer quelque étonnement. Sans doute, ces cas extrêmes sont l'exception, mais ils démontrent bien qu'on ne saurait édicter des règles absolues en matière de thérapeutique du cancer.

A l'âge moyen de la vie, période d'élection du cancer utérin, il existe aussi des dissemblances que nous ne saurions scientifiquement spécifier, mais que nous exprimons par les termes de tempérament, de prédisposition héréditaire, de prédisposition morbide acquise par des maladies antérieures, etc. Le cancer qui se développe chez une femme arthritique, fille de cancéreux, est-il bien comparable à celui qui survient chez une lymphatique issue de tuberculeux ? Les tempéraments nerveux réagissent-ils à l'instar des pléthoriques? Les organismes à nutrition ralentie se comportent-ils de la même manière que ceux dont les tissus pleins de vitalité offrent aux cellules néoplasiques un terrain de riche culture où elles pourront se développer à merveille? Et ne faudrait-il pas chercher dans ces notions de pathologie générale les raisons de quelques succès dans des cas paraissant désespérés, en même temps que l'explication de revers étonnants, survenant dans des conditions paraissant particulièrement avantageuses ? A côté de la nature du mal, il est donc indispensable de faire entrer en ligne de compte l'organisme sur lequel il évolue.

Un autre point, sur lequel, d'ailleurs, tout le monde s'entend, est la différence si tranchée qui existe entre le cancer du corps et le cancer du col. Le cancer du corps, par la lenteur de son évolution, par l'époque tardive de sa propagation aux tissus voisins, ne saurait se comparer au cancer du col, dont la rapidité est ordinairement si grande que nous arrivons avec peine à l'attaquer à temps.

Enfin, il existe des variétés histologiques que l'expérience nous montre dissemblables dans leur gravité.

Il résulte de cet exposé que les cancéreuses ne sont pas absolument comparables entre elles. Mais je ne voudrais pas obscurcir le débat par l'introduction de tous ces éléments dont il faut tenir compte seulement pour asseoir son jugement, et, reprenant le cadre classique, je passerai en revue successivement le cancer du corps et le cancer du col.

Le cancer du corps de l'utérus a été longuement regardé comme exceptionnel. Les statistiques réunies par Tesson (dans sa thèse de 1902) semblent montrer que cette maladie est plus fréquente qu'on ne l'a cru. C'est ainsi que nous voyons Dmitri de Ott rencontrer 15 cancers du corps sur un ensemble de 62 épithéliomas utérins (1900). Cullen (de Baltimore) parle aussi de 30 cancers du corps sur 103 malades (1900). Terrier (1) en a observé 6 cas sur 28. D'après Zweifel (2) (1902), la proportion serait la suivante : 90 p. 100 de cancers cervicaux et 10 p. 100 de cancers du corps.

Dans les cas opérés que j'ai relevés depuis onze ans à l'hôpital Broca (1890-1902), je n'ai pourtant observé que 6 cancers primitifs du corps contre 204 cas de cancers du col.

Cette disproportion entre mes propres observations et celles des auteurs précédents me porte à penser que, peut-être, certains chirurgiens ont attribué trop facilement une signification maligne à des dispositions atypiques de structure ou de texture qui se rencontrent parfois dans les anciennes métrites. Il m'est arrivé de voir les histologistes en désaccord sur la nature d'un fragment de muqueuse enlevé par le curettage explorateur, dans une biopsie pré-opératoire, l'un affirmant l'adénome malin ou l'épithélioma, l'autre demeurant dans le doute. M. le professeur Cornil m'a avoué que, dans beaucoup de cas, la certitude était impossible et l'interprétation facultative. N'a-t-on pas souvent été trop prompt à qualifier de cancéreuses de petites lésions d'une autre nature? Je pose la question sans la résoudre.

Le point le plus intéressant de l'histoire du cancer primitif du corps de l'utérus, c'est la lenteur de son évolution clinique et l'époque tardive de sa migration hors de l'utérus, de sa propagation aux ligaments larges, au paramétrium et aux ganglions lymphatiques. Tous les auteurs ont insisté sur sa bénignité relative, caractère de la plus haute importance au point de vue du traitement chirurgical. Tandis que le cancer du col empiète très rapidement sur le vagin, la vessie, le rectum, les ligaments larges,

(1) Terrier, *Revue de chirurgie*, 1899, numéro de décembre, et *Gaz. hebd.*, 1902, 5 janvier.

(2) Zweifel, Voy. Glockner, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. VI, n° 2, p. 267.

présente un retentissement ganglionnaire très précoce et tue les malades dans l'espace de dix-huit mois à deux ans, rarement plus tard, le cancer du corps évolue avec une lenteur sans exemple pour les néoplasmes d'origine épithéliale ; pendant des mois et des années, il reste cantonné entre les parois utérines qui jouent le rôle de coque protectrice contre ses empiètements sur les organes voisins, et, longtemps, les malades conservent toutes les apparences de la santé.

Le traitement du cancer du corps de l'utérus consiste dans l'hystérectomie ; comme le principe en matière de chirurgie du cancer est de ne pas morceler pour éviter les greffes, et que, d'autre part, le cancer du corps augmente le volume de l'organe et s'observe le plus souvent chez des femmes d'un certain âge, dont le vagin a déjà subi plus ou moins souvent l'involution sénile, j'estime que l'hystérectomie abdominale est le procédé de choix.

Tous les chirurgiens, nous l'avons déjà dit, sont unanimes à déclarer que ces cancers sont ceux qui comportent les guérisons les plus nombreuses et les plus durables.

Lauwers (1), qui compte 6 guérisons apparentes depuis 1, 2, 4, 5 et 6 ans (sur 12 opérées de cancer du col de l'utérus), note que sur 3 cancers du corps, 3 sont sans récidive depuis 5 ans.

Boissier (2) rapporte 3 cas sans récidive depuis 3 ans et 1 depuis 7 ans.

Steinbach (3) déclare que, sur 23 opérées de la clinique de Hofmeier, 13 sont guéries depuis 3 et 4 ans.

Segond (4) parle de 2 opérées sur 13 revues guéries 4 et 9 ans après l'ablation de l'utérus.

Winter (5) a réuni 30 observations de cancer du corps, dont 13 avec récidive et 16 sans récidive au bout de 5 ans et au-dessus. Parmi les 16 malades sans repullulation, 3 étaient opérées depuis 5 ans, 1 depuis 6 ans, 3 depuis 7 ans, 2 depuis 8 ans, 2 depuis 9 ans, 2 depuis 10 ans, 3 depuis 11 ans.

Le cancer du col de l'utérus se caractérise essentiellement :

---

(1) LAUWERS, *Soc. belge de gyn.*, 1899, t. X, n° 2.
(2) BOISSIER, Thèse de Paris, 1899.
(3) STEINBACH, Thèse de Wursbourg, 1901.
(4) SEGOND, cité par TESSON.
(5) WINTER, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1900, t. XLIII, n° 3, p. 510.

1° Par la rapidité de son évolution, qui fait qu'il franchit de bonne heure les limites de la matrice pour se propager aux organes voisins, envahir le vagin, les ligaments larges, la vessie, le rectum ;

2° Par la précocité de son retentissement ganglionnaire.

Le traitement curatif du cancer du col utérin ne peut consister que dans l'exérèse de tous les tissus infiltrés par le néoplasme. Pour être efficace, cette exérèse doit être aussi complète, aussi large que possible ; elle doit même empiéter sur les tissus sains.

Quels sont les cas qui sont justiciables d'une intervention dite radicale, par l'hystérectomie ? — Il est bien difficile encore ici d'établir des règles suivies par tous : les chirurgiens obéissent, en pareille matière, d'autant mieux à leur tempérament que, comme je le disais au début, le cancer du col utérin est une maladie rebelle et rapidement fatale.

D'après Burkhardt (de Greifswald), 26 p. 100 seulement des malades qui se présentent à notre examen sont en état de supporter l'intervention radicale avec des chances de succès ; à la clinique de Breslau on a examiné, de 1893 à 1896, 275 cancéreuses, dont 63 seulement étaient opérables ; à la clinique de Dresde (1889-1896), sur 102 cas, 22 seulement furent soumis à l'intervention. Depuis 10 ans, Gusserow a reçu dans son service 577 cancéreuses et n'en a opéré que 89. A la clinique de Moscou, on a opéré 52 malades sur 533 (1). Pour ma part, à l'hôpital Broca (1890-1902), en 11 années, sur 210 malades opérées, l'hystérectomie n'a été pratiquée que 80 fois.

En France, la plupart des chirurgiens admettent que l'opération est contre-indiquée toutes les fois que le cancer immobilise l'utérus. Pour moi, je suis resté fidèle à ma formule : plus la lésion est petite (dans le cancer de l'utérus), plus l'opération doit être étendue, et *vice versa ;* dans les cas où l'utérus a été largement dépassé par le néoplasme, je me borne à l'évidement avec la curette tranchante, suivi de la cautérisation au fer rouge. Mais je pratique l'hystérectomie quand l'utérus seul est attaqué ou quand ses limites ont été assez peu dépassées pour ne pas compromettre sa mobilité.

(1) Ces indications ont été puisées dans le travail de Gellhorn, Berlin, 1898, S. Karger, éditeur.

En Allemagne, on est parfois beaucoup plus large au point de vue des indications. En lisant les observations de Wertheim, on constate qu'il s'agit presque toujours de cas où le parametrium est largement infiltré par le néoplasme. D'après Mackenrodt (1), il ne faut pas hésiter à intervenir, même si les ligaments larges sont intéressés, même si la vessie est envahie. A la vérité, Schauta (2) et Küstner (3) ont moins d'audace, mais une légère infiltration du parametrium ne les arrête pas. Au contraire, pour Hofmeier (4) et Olshausen (5), l'envahissement du ligament large est une contre-indication formelle. Cholmogoroff (6) et Pernice (7) n'interviennent que si la paroi vaginale est complètement indemne.

Pour aborder l'utérus cancéreux et en faire l'ablation complète, plusieurs voies ont été suivies par les chirurgiens. Nous ne nous occuperons ici que des deux principales : la *voie vaginale* et la *voie abdominale*, laissant de côté les autres méthodes : *sacrée*, *para-vaginale*, etc., qui ne sont pas restées ou qui ne sont pas entrées dans la pratique courante jusqu'à ce jour.

Après avoir joui pendant très longtemps d'une réputation incontestée dans le traitement radical du cancer utérin, l'hystérectomie vaginale a perdu du terrain depuis que la voie abdominale a fait naître l'espoir d'une intervention plus radicale. Grâce à la large brèche qu'offre la laparotomie, on peut, en effet, non seulement enlever l'utérus avec une plus grande facilité, mais encore explorer et disséquer le petit bassin, extirper les ganglions atteints ou simplement suspects, supprimer les ligaments larges, exciser le tissu cellulaire du plancher pelvien, etc. La laparo-hystérectomie permet donc au chirurgien de s'attaquer à des cancers avancés dans leur évolution et qu'il n'est plus possible d'enlever par le vagin.

Bien plus : d'après certains partisans de la voie abdominale, on ne peut parler d'extirpation totale du cancer que si l'on a enlevé, en même temps que l'utérus, la partie supérieure du vagin, les

---

(1) MACKENRODT, *Soc. de gyn. de Berlin*, 1902, janvier.
(2) SCHAUTA, in WALDSTEIN, *Arch. f. Gyn.*, 1900, t. LXI, p. 52.
(3) KUSTNER, Voy. WISSELINE, *Zeit. f. Gyn.*, 1897, t. XXXVII, n° 2.
(4) HOFMEIER, *Maladies des femmes*, 1899, 12e édition.
(5) OLSHAUSEN, *Deutsche med. Woch.*, 1892, n° 33, et 1896, n° 18.
(6) CHOLMOGOROFF, *Volk. Samml. klin. Vortr.*, n° 108.
(7) PERNICE, Voy. BURKHARDT, *Arch. f. Gyn.*, 1897, t. XLIII, n° 2.

ligaments larges, les ganglions lymphatiques, enfin tous les tissus suspects.

Freund (1), Funke (2), Peiser (3), en Allemagne, Irish (4), Clark (5), Ries (6), en Amérique, ont été les premiers à proclamer l'excellence de la laparo-hystérectomie. En France, cette opération a été d'abord chaudement défendue par Ricard (7), puis par Reynier (8), Faure (9), Terrier (10); en Belgique, Jacobs (11) et Rouffart (12) l'ont préconisée avec le plus vif enthousiasme.

A l'heure actuelle, elle compte à peu près autant de partisans que l'hystérectomie vaginale. Un des plus en vue est Wertheim (13) de Vienne, qui en a donné une technique très ingénieuse, Krœnig (14), de Leipzig, Mackenrodt (15), Dœderlein (16), en parlent comme de l'opération idéale, et Rosthorn (17), de Prague, est du même avis.

D'autre part, parmi les plus chauds partisans de la voie vaginale, il faut nommer Richelot (18), Segond (19), Martin (20), de Greifswald, Jordan (21), de Heidelberg, Olshausen (22), de Berlin,

---

(1) Freund, Voy. note suivante.

(2) Funke, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1898, t. XXXIX, n° 3, p. 485.

(3) Peiser, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, t. XXXIX, n° 2, p. 259.

(4) Irish, *Boston med. and surg. Journ.*, 1899, numéro de mars.

(5) Clark, *John Hopkins Hosp. reports*, 1896, numéros de février et mars.

(6) Ries, *Amer. Journal of Obs. and Gyn.*, 1897, t. XXXVII, n° 3.

(7) Ricard, *Congrès de chirurgie*, Paris, 1889.

(8) Reynier, *Congrès d'Amsterdam*, 1899; *Congrès de chirurgie de Paris*, 1899.

(9) Faure, *ibidem.*

(10) Terrier, *ibidem.*

(11) Jacobs, *ibidem.*

(12) Rouffart, *ibidem.*

(13) Wertheim, *Arch. f. Gyn.*, 1901, t. LXV, n° 1, p. 1.

(14) Kroenig, *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1902, t. XV, n° 6.

(15) Mackenrodt, *Congrès all. de gyn., tenu à Giessen,* en 1901.

(16) Doederlein, *Centr. f. Gyn.*, 1902, n° 26, p. 681.

(17) Rosthorn, *Congrès de gynécologie de Giessen*, 1901.

(18) Richelot, *Chirurgie de l'utérus*, 1902, Paris, O. Doin, éditeur.

(19) Segond, *Congrès de chirurgie de Paris*, 1899, et *Congrès international de Paris*, 1900.

(20) Martin, *Congrès de Giessen*, 1901.

(21) Jordan, *ibidem.*

(22) Olshausen, *Congrès all. de chirurgie*, 1901.

Hofmeier (de Wurzbourg), Dmitri de Ott (1), de Saint-Pétersbourg. Pour ces chirurgiens, l'ablation des ganglions et l'évidement du tissu cellulaire pelvien sont illusoires, sans aucune utilité pratique. D'abord, les ganglions ne sont pas toujours pris, et le seraient-ils, que pas un chirurgien sincère ne pourrait se vanter de pouvoir les enlever tous. On peut en dire autant du tissu cellulaire pelvien : entreprendre de l'exciser en entier est une tâche au-dessus des forces humaines. Parler de curage complet du pelvis, c'est donc se payer de mots.

Quel parti prendre entre ces opinions extrêmes ?

Je pense, et je le dis tout d'abord, que les voies vaginale et abdominale ont chacune leurs indications. A mon sens, il ne faut pas être hypnotisé par la terreur ganglionnaire, car j'estime que la mort, en cas de cancer du col utérin, est bien rarement le fait de l'adénopathie. Les malades succombent soit aux hémorragies répétées et à la septicémie chronique qui ne tarde pas à compliquer le cancer, soit, surtout, aux accidents urémiques que détermine la compression des uretères, dans laquelle les ganglions jouent rarement un rôle prépondérant. Je suis donc porté à croire que, si le cancer paraît limité à l'utérus, d'après le toucher vaginal et la palpation bimanuelle, l'hystérectomie vaginale est suffisante. Si, au contraire, le paramètre est tant soit peu infiltré et la mobilité de l'utérus diminuée, la voie sus-pubienne qui permet une dissection plus soigneuse de la zone dangereuse où sont compris les uretères me semble seule recommandable.

On le voit, la question de l'adénopathie est pour moi de second ordre. Cependant c'est elle qui est actuellement la grande préoccupation de beaucoup de gynécologues ; c'est parce qu'elle permet la recherche des ganglions atteints que l'hystérectomie abdominale compte, aujourd'hui, un si grand nombre de partisans. Enlever l'utérus sans toucher aux ganglions, c'est, disent-ils, faire une opération incomplète ; on ne peut espérer de guérison durable, ou même définitive, qu'autant que tous les tissus susceptibles d'être contaminés par le processus cancéreux ont été largement excisés : l'ablation des ganglions tributaires du territoire infecté s'impose dans tous les cas, et d'une manière formelle.

Certes, c'est là une vue théorique séduisante. Mais quelle

(1) D. DE OTT, *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, t. XII, n° 3, p. 261.

est la fréquence réelle de cette adénopathie toujours invoquée et jusqu'à quel point est-elle responsable de la récidive post-opératoire ? Sur ce point capital, les auteurs sont loin de s'entendre et de nous fournir des documents probants. Tandis que Winter (1) affirme que les ganglions ne sont presque jamais pris avant l'envahissement des ligaments larges, Mackenrodt, Gussenbauer, Schuchhardt, soutiennent que les glandes lymphatiques sont touchées dans la plupart des cas, même lorsque les culs-de-sac vaginaux et les ligaments larges paraissent sains au point de vue clinique.

Dans ses recherches anatomiques, R. Williams (2) les a trouvés infiltrés 56 fois sur 78 cas, Jacobs (3) 22 fois sur 23 cas, Ricard (4) 2 fois sur 9 cas.

D'après Peiser (5), qui a comparé ses recherches à celles de Cruveilhier, Russel, Dietrich, etc., les ganglions lymphatiques tributaires du col seraient atteints dans 50 p. 100 des cas au moment où les malades vont consulter le chirurgien. (Pour cet auteur, les premiers ganglions envahis sont les hypogastriques et les sacrés latéraux, puis viennent les ganglions iliaques externes et, enfin, les glandes lombaires.)

Si nous en croyons Wertheim (6), dont l'autorité est grande en matière de cancer utérin, l'envahissement des ganglions n'offre aucune régularité.

Il faut mentionner aussi les faits rapportés par Kœnig (de Berne) (7) qui dit n'avoir trouvé les ganglions pris que 2 fois sur 7 hystérectomies pour cancer.

Enfin, dans 26 cas, Dœderlein (8) n'a pas trouvé de ganglions 8 fois ; dans 7 cas la présence des ganglions coïncidait avec l'envahissement du parametrium. On voit combien ces résultats sont contradictoires et incertains.

---

(1) Winter, Mackenrodt, Gussenbauer, Schuchhardt, Voy. *Ann. de gyn. de Paris*, 1899, numéro de mai.

(2) R. Williams, *Brit. gyn. Journal*, 1896, numéro de janvier.

(3) Jacobs, *loc. cit.*, et *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, n° 4, p. 1.

(4) Ricard, *loc. cit.*

(5) Peiser, *loc. cit.*

(6) Wertheim, *Arch. f. Gyn.*, 1900, t. LXI, n° 3, p. 627.

(7) Kœnig, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1899, t. II, n° 3

(8) Dœderlein, *Centr. f. Gyn.*, 1902, n° 26, p. 681.

Pour ma part, j'estime que le rôle joué par l'engorgement ganglionnaire, dans le mécanisme de la récidive et de la mort, est fort secondaire. D'après ce que j'ai observé, dans la très grande majorité des cas, la repullulation se fait sur place, au niveau ou très près de la cicatrice vaginale dans le tissu cellulaire ou dans la muqueuse.

La question de l'adénopathie n'est donc pas résolue, et, jusqu'à nouvel ordre, elle ne saurait entrer en première ligne de compte dans la détermination de la voie à choisir pour l'extirpation du cancer du col utérin. Si je donne à l'heure actuelle, dans les cas un peu avancés, avec légère diminution de la mobilité utérine, la préférence à la voie abdominale sur la voie vaginale, c'est uniquement parce que la laparotomie seule rend alors possible l'extirpation des indurations néoplasiques le long des uretères, de manière à dégager ces conduits, soit au niveau du col de l'utérus, soit même plus loin, à la base des ligaments larges.

Mais il existe aussi d'autres indications pour la voie haute ; les voici :

La laparotomie est préférable quand l'opération par le vagin offre des difficultés par suite de l'étroitesse de ce canal et, en particulier, dans les cas d'involution sénile. — La disparition du col par une amputation faite antérieurement ou sa destruction profonde par le néoplasme empêchant toute prise sur lui est encore pour moi une indication de l'hystérectomie abdominale. — J'en dirai autant de l'envahissement particulièrement avancé de la lèvre antérieure et de la paroi antérieure de l'utérus, faisant craindre une infiltration des tissus autour de la partie terminale des uretères, surtout lorsqu'il s'y joint un peu d'oligurie et des troubles stomacaux ou nerveux pouvant être attribués à un début d'urémie chronique par gêne dans l'élimination de l'urine. L'hystérectomie abdominale seule permet, par une dissection attentive, de dégager les uretères des indurations qui les compriment alors. — L'envahissement par l'ulcération des culs-de-sac vaginaux est encore pour moi une indication d'intervenir par l'abdomen ; en effet, il est beaucoup plus facile de bien disséquer le vagin de haut en bas que de bas en haut. On peut toutefois s'aider souvent d'une circoncision préliminaire des limites inférieures du mal par le vagin. — La laparotomie est encore préférable quand le corps de l'utérus est assez augmenté de volume pour que son ablation nécessite le mor-

cellement, car on court alors le danger de produire des greffes, et parfois aussi d'infecter largement le champ opératoire par l'ouverture d'une cavité utérine septique. Dans cette catégorie de cas se rangent les cancers compliqués de corps fibreux, de grossesse, de pyométrie, de lésions des annexes (qui sont souvent des pyosalpinx). Je note à cette occasion la possibilité d'une erreur, rare à la vérité : on pourrait croire à l'immobilisation d'un utérus cancéreux par l'extension du néoplasme, tandis qu'elle est causée par des adhérences péri-salpingiennes inflammatoires ; l'étude clinique attentive peut seule faire éviter cette faute.

L'effroyable mortalité des premières tentatives d'hystérectomie abdominale pour cancer n'est plus qu'un mauvais souvenir. Il suffit de comparer l'ancienne statistique de Kaltenbach (67 à 70 p. 100 de mortalité) aux chiffres de l'heure présente, pour montrer quels progrès ont été réalisés par une application plus rigoureuse de l'asepsie jointe aux perfectionnements successifs de la technique opératoire.

Toutefois, il s'en faut que l'opération de Freund soit devenue une intervention bénigne. Elle est, sans doute, infiniment moins meurtrière qu'autrefois, et il y a tout lieu d'espérer que son pronostic s'amendera au fur et à mesure qu'on en connaîtra mieux tous les détails ; la statistique de mon service en est une preuve nouvelle. puisque, en cette année (1902), 8 hystérectomies abdominales pour cancer ont donné 8 guérisons. Néanmoins, si l'on prend l'ensemble des opérations publiées récemment, on arrive encore à une forte mortalité. Pour ma part, sur 34 cas d'hystérectomie abdominale pour épithéliomas de l'utérus opérés dans mon service depuis environ trois ans (de 1898 à 1902), 8 se sont terminés par la mort, soit une mortalité de 26 p. 100. Les autres chirurgiens ont eu des résultats à peu près semblables. C'est ce qui ressort de la comparaison des statistiques publiées depuis 1898 :

En France : Segond relève 5 cas avec 0 mort ; Legueu, 7 cas avec 4 morts ; Terrier, 15 cas avec 3 morts ; Richelot, 24 cas avec 8 morts ; Reynier, 13 cas avec 4 morts ; Faure, 6 cas avec 1 mort ; Ricard, 9 cas avec 2 morts ; Pantaloni, 8 cas avec 2 morts ; Hartmann, 3 cas avec 0 mort ; Poirier, 5 cas avec 2 morts. Soit un total de 95 cas avec 26 morts, *ou une mortalité de* 33 p. 100.

A l'étranger : Schauta relève 15 cas avec 9 morts ; Krœnig, 8 cas

avec 1 mort ; Dœderlein, 26 cas avec 6 morts ; Wertheim, 60 cas avec 17 morts ; Küstner, 16 cas avec 4 morts ; Freund, 40 cas avec 15 morts. Soit un total de 165 cas avec 53 morts, *ou une mortalité de près de 34 p.* 100.

D'après une autre statistique, Jonnesco relève 6 cas avec 3 morts; Veit, 4 cas avec 0 mort; Léopold, 8 cas avec 7 morts; Ries. Zweifel, 8 cas avec 7 morts ; Czempin, 3 cas avec 1 mort ; Rosthorn, 28 cas avec 12 morts; Wisselink, 8 cas avec 1 mort; Jacobs, 52 cas avec 4 morts ; Seidelmann, 19 cas avec 10 morts ; Irish, 25 cas avec 3 morts ; Gusserow, 4 cas avec 3 morts. Soit un total de 168 avec 52 morts, *ou une mortalité de* 30 *p.* 100.

L'ensemble de ces trois statistiques donne 418 *cas avec* 132 *morts, soit* 31 *p.* 100 *de mortalité.*

Winter a réuni, en 1901, 134 cas opérés en Allemagne avec 33 morts, 24,6 *p.* 100 *de mortalité.*

En 1901, au Congrès de Giessen, ont été publiées des séries plus favorables :

Hofmeier, sur 18 cas, compte 3 morts; Amann, sur 14 cas, 4 morts; Freund, sur 15 cas, 2 morts ; soit un total de 47 cas avec 9 morts, *ou* 19 *p.* 100 *de mortalité.*

L'hystérectomie vaginale ne donne pas pareille mortalité, mais il faut aussi reconnaître qu'elle est bien loin d'englober des cas aussi avancés et par conséquent aussi graves que l'hystérectomie abdominale. La comparaison n'est donc pas absolument juste.

De 1890 à 1902, la statistique de mon service comprend 46 cas d'hystérectomie vaginale avec 7 morts, soit 15 p. 100, parmi lesquels 9 cas depuis 1899 avec 9 guérisons.

D'après Winter (1) :

Léopold, sur 122 cas, relève 7 morts ; Landau, sur 104 cas, 8 morts ; Martin, sur 77 cas, 10 morts ; Hofmeier, sur 120 cas, 13 morts ; Olshausen, sur 446 cas, 35 morts ; soit un total de 969 cas avec 73 morts, *ou* 7,5 *p.* 100 *de mortalité.*

Voici d'autres chiffres récents : Bouilly, sur 183 cas, a 28 morts ; Segond, sur 95 cas, 17 morts ; Richelot, sur 113, 8 morts ; Terrier, sur 12 cas, 2 morts ; Schwartz, sur 15 cas, 0 mort ; Quénu, sur 12 cas, 0 mort ; soit un total de 430 cas avec 55 morts, 12 *p.* 100 *de mortalité.*

(1) Winter, *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, t. XLIII, p. 513.

D'autre part : D. de Ott, sur 180 cas, a 4 morts ; Schauta, sur 241 cas, 25 morts ; Zweifel, sur 104 cas, 14 morts ; Herzfeld, sur 29 cas, 0 mort ; Sänger, sur 23 cas, 1 mort ; Janvrin, sur 16 cas, 8 morts ; Burkhardt, sur 50 cas, 10 morts ; soit un total de 739 cas avec 47 morts, 6,5 *p.* 100 *de mortalité.*

Voici, en effet, quelques chiffres publiés au *Congrès de gynécologie* tenu à *Giessen en* 1991 :

Fritsch relève 395 cas avec 26 morts ; Dæderlein, 80 cas avec 1 mort ; Chrobak, 47 cas avec 2 morts ; Amann, 100 cas avec 4 morts ; soit un total de 622 cas avec 33 morts, *ou* 5,5 *p.* 100 *de mortalité.*

La première impression qui se dégage de ces faits serait que l'hystérectomie vaginale est deux ou trois fois moins grave que la laparo-hystérectomie, d'où la conclusion qu'il faudrait préférer la première à la seconde. Une telle déduction serait cependant exagérée. En effet, comme je l'ai déjà dit, la plupart des résultats publiés concernent des cancers très avancés dans leur évolution ; dans ces conditions le chiffre élevé de la mortalité immédiate n'a rien qui doive surprendre.

Cependant il ne me paraît pas douteux que, toutes choses égales d'ailleurs, l'ablation du cancer de l'utérus à travers la cavité péritonéale (qu'il peut infecter malgré toutes les précautions pré-opératoires et opératoires), demeure une opération plus grave que l'extirpation par le vagin. D'où la règle de conduite que je me suis imposée : adopter la voie vaginale à moins d'en être éloigné par une des contre-indications, très nombreuses, que j'ai formulées plus haut.

Nous ne pouvons guère encore compter sur la cure définitive du cancer utérin, puisqu'on a vu des récidives survenir après six, sept et même huit ans de guérison apparente. Nous ne voulons donc parler que de *survies prolongées.*

Par la *voie vaginale*, de fort belles statistiques (peut-être trop belles pour ne pas laisser quelque place au doute sur l'interprétation histologique des lésions) ont été publiées. Au *Congrès de Paris* de 1900, Dmitri de Ott donnait : 13 de ses opérées comme restées sans récidive pendant 5 ans ; 6, pendant 6 ans ; 3, pendant 7 ans ; 1, pendant 8 ans ; 3, pendant 9 ans ; 4, pendant 10 ans ; 1 pendant 15 ans (1).

(1) D. de Ott, *Congrès international de Paris*, 1900.

Léopold (1), de Dresde, note que sur 45 cancers du col opérés par la voie vaginale, 21 sont sans récidive depuis 5 ans.

Landau (2), de Berlin, déclare que sur 50 cancers du col opéres par le vagin, 10 sont sans récidive depuis plus de 5 ans.

D'après Fritsch (3), 10 p. 100 des opérées restent guéries.

Zweifel (4), de Leipzig, publie la statistique suivante : 225 hystérectomies vaginales ont donné 15 morts opératoires ; sur 132 opérées revues et examinées, 85 sont en récidive ; 34 sont guéries depuis plus de 5 ans, et, parmi celles-ci, 6 malades sont guéries depuis 5 à 6 ans ; 8 depuis 6 à 7 ans ; 6 depuis 7 à 8 ans ; 12 depuis 8 à 9 ; 3 depuis 9 à 10 ; 3 depuis 10 à 11 ; 5 depuis 11 à 12 ; 4 depuis 12 à 13. Enfin, 52 opérées sont sans récidive depuis moins de 5 ans, soit de 3 mois à 4 ans.

Winter (5) a relevé que sur 69 cas d'hystérectomies vaginales pratiquées par différents chirurgiens, et qui n'ont pas eu de repullulation depuis plus de 5 ans : 13 cas sont guéris depuis plus de 5 ans ; 10 depuis plus de 6 ans ; 11 depuis plus de 7 ans ; 9 depuis plus de 8 ans ; 10 depuis plus de 9 ans ; 10 depuis plus de 10 ans ; 4 depuis plus de 11 ans ; 1 depuis plus de 13 ans ; 1 depuis plus de 14 ans.

(Ces opérées appartenaient à une série de 300 hystérectomies vaginales, dont : 45 morts opératoires, 14 malades perdues de vue, 11 malades mortes d'autre maladie, 161 récidives, 69 paraissant guéries.)

Sur mes 204 opérées de la série hospitalière que j'ai indiquée plus haut, je n'ai eu que 2 cas de survies prolongées, l'un qui a duré 6 ans, l'antre qui dure encore, sans récidive depuis près de 10 ans.

Par la *voie abdominale* les résultats obtenus sont encore difficiles à apprécier. L'hystérectomie abdominale pour cancer est une opération encore trop récemment vulgarisée pour qu'il soit possible d'en comparer les effets à ceux de l'hystérectomie vaginale. Ses partisans ont le ferme espoir d'obtenir, par son moyen, des guérisons plus nombreuses, ou, tout au moins, des survies beau-

---

(1) Léopold, cité par Winter, *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, t. XLIII, n° 3, p. 522.

(2) Landau, *ibidem*, p. 522.

(3) Fritsch, *Congrès de Giessen*, 1901.

(4) Zweifel, Glockner, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. VI, n° 2.

(5) Winter, *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, t. XLIII, n° 3, p. 521.

coup plus longues que celles que l'on a obtenues jusqu'ici en recourant à la voie basse. *A priori*, cet espoir est très légitime; mais quelques années sont nécessaires pour savoir s'il est fondé.

En attendant, voici quelques statistiques qu'il est bon de signaler :

Dans une communication faite à la Société allemande de gynécologie en 1901, Winter (1) a présenté les résultats suivants (noter qu'il qualifie de *récidive* le retour du cancer avant douze mois, de *guérison* l'absence de récidive observée au bout de ce terme) : Legueu, 6 cas, 6 récidives; Jacobs, 32 cas, 10 récidives, 22 guérisons; Faure, 3 cas, 1 récidive, 1 guérison; Terrier, 13 cas, 10 récidives; Quénu, 3 cas, 2 récidives, 1 guérison; Irish, 10 cas, 5 récidives, 5 guérisons; Wertheim, 17 cas, 17 guérisons; Hofmeier, 14 cas, 5 récidives, 9 guérisons; Léopold, 6 cas, 2 récidives, 3 guérisons; Bumm, 4 cas, 2 récidives, 2 guérisons.

« Avant de se prononcer, ajoute Winter judicieusement, pour parler de *guérison définitive*, il faut attendre huit ou dix ans. »

Au Congrès de gynécologie tenu à Giessen en 1901, Freund affirme sa pleine et entière confiance dans les résultats définitifs de la voie abdominale ; il cite, comme exemples, deux de ses opérées, guéries, sans trace de récidive, depuis vingt-trois et dix-sept ans. Au cours du même Congrès, Mackenrodt déclare que 18 opérées sur 37 sont sans récidive depuis trois ans.

C'est assurément une très belle série, mais elle paraît un peu exceptionnelle. En somme, au point de vue de la durée supérieure de la guérison, l'hystérectomie abdominale n'a pas encore fait ses preuves. Elle demeure du moins une précieuse ressource dans les cas nombreux où la voie vaginale est insuffisante.

⁂

CONCLUSIONS.— 1° Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus ne procure presque pas de guérisons définitives, il donne rarement une guérison prolongée au delà de deux ans ; il existe pourtant, à titre d'exception, des guérisons prolongées dont la moyenne varie entre quatre et six ans, et quelquefois davantage;

2° Ne sont pas justiciables de l'hystérectomie les cas où le néoplasme a dépassé les limites de l'utérus de manière à diminuer beau-

(1) WINTER, *Verh. der deutschen Gesellsch. für Gyn.*, 1901, p. 49.

coup sa mobilité et à indurer largement les parties voisines. Un traitement palliatif par le curage et la cautérisation ignée, répété autant qu'il est besoin, pour détruire les fongosités, peut alors donner des survies assez longues et est d'une bénignité absolue[1];

3° Le rôle des ganglions dans les accidents terminaux ou dans la récidive post-opératoire a été exagéré. La compression des uretères (cause prédominante des accidents graves) est rarement due l'adénopathie, mais bien à la propagation de proche en proche au tissu cellulaire voisin. La récidive a lieu, non pas tant par le développement à distance de l'adénite néoplasique que par l'infiltration de la cicatrice qui s'indure et s'ulcère sur place. L'extirpation des ganglions ne peut, du reste, jamais avoir la prétention d'être complète et ne semble avoir que peu d'influence sur le retour des accidents qui provoquent la mort. La voie abdominale ne saurait donc être uniquement indiquée par la nécessité d'enlever les ganglions;

4° L'hystérectomie abdominale est plus grave que l'hystérectomie vaginale, en augmentant les chances d'infection. Elle doit être réservée aux cas spéciaux où la laparotomie donne des facilités particulières.

Ces cas nombreux où la voix haute est préférable sont ceux où l'opération par le vagin offre des difficultés par suite des conditions suivantes : l'étroitesse ou atrophie de ce conduit, friabilité extrême ou disparition du col, amincissement considérable de la paroi antérieure de l'utérus ou envahissement étendu des culs-de-sac vaginaux.

La laparotomie est encore préférable quand le corps de l'utérus est assez augmenté de volume pour nécessiter le morcellement par la voie vaginale (cancers volumineux du corps ; cancers compliqués de fibromes, de grossesse, de pyométrie ou de pyosalpinx).

Enfin l'hystérectomie abdominale est indiquée toutes les fois que la mobilité de l'utérus est diminuée et qu'il y a une induration dans son voisinage. Seule elle permet bien, en effet, de dépasser en connaissance de cause les limites de l'utérus, de poursuivre une traînée néoplasique et surtout de bien dégager les uretères dans les tissus qui ont perdu leur souplesse (cette dernière indication est, à mes yeux, la principale).

Plus grave que l'hystérectomie vaginale, elle n'entraîne pas cependant un pronostic opératoire trop sombre; comme toute opération, elle gagne en bénignité au fur et à mesure que se per-

fectionne la technique, ainsi que le démontrent les plus récentes statistiques ;

5° Les grands délabrements produits par l'extirpation du tissu cellulaire pelvien, le curage du bassin, la poursuite élevée de la chaîne ganglionnaire constituent des opérations dont la gravité paraît excessive eu égard au résultat qui peut en être obtenu. Dans les cancers au début, une opération plus simple (ablation seule de l'utérus) peut donner d'excellents résultats, et, dans les cas avancés, en présence d'une maladie dont la terminaison certaine est la mort à brève échéance, un traitement palliatif bénin est préférable à un traitement pseudo-curatif dangereux ; l'opération la meilleure est alors celle qui donne le moins de chances de mort immédiate tout en procurant soulagement et survie notables ;

6° L'hystérectomie vaginale, qui expose moins à l'infection, reste le traitement de choix dans les cas malheureusement trop rares où l'utérus cancéreux est demeuré mobile, et où les parties voisines sont sans induration (restent encore alors certaines indications pour la voie haute qui ont été spécifiées ci-dessus).

Jonnesco (Bukharest). — Avant de faire la critique des diverses méthodes opératoires en montrant leur efficacité et leurs indications, je m'arrêterai tout d'abord sur quelques considérations au point de vue de l'extension du cancer utérin : locale, régionale et lointaine (ganglionnaire, viscérale), et sur les récidives après opération.

L'extension du cancer utérin. — Il y a une différence indiscutable à ce point de vue entre le cancer du corps et celui du col de l'utérus. *Le cancer du corps* est certainement le plus bénin ; il a peu de tendance à l'extériorisation ainsi qu'à la récidive post-opératoire ; toutes les statistiques le prouvent ; mais c'est une forme relativement rare.

Le cancer du col, au contraire, a une grande tendance à l'extension rapide, soit locale, vers le corps de l'utérus, soit régionale, vers le paramètre et les viscères voisins : vessie, rectum, soit lointaine, dans les ganglions lymphatiques proximaux ou distaux, ou dans les viscères éloignés (métastase par voie sanguine). Les récidives post-opératoires sont plus rapides et plus fréquentes. Suivant son siège initial, le cancer du col aurait plus ou moins de tendance à l'extension et à l'extériorisation. Ainsi, le cancer de la

portion vaginale a une marche moins rapide et une moindre tendance à l'extension locale ou régionale, mais une plus grande tendance à la récidive.

Le cancer de la *portion sus-vaginale* du col est un adéno-carcinome de nature très maligne ; il envahit rapidement le corps de l'utérus, le tissu péri-utérin, la vessie, le rectum, mais il récidive moins souvent.

L'envahissement du paramètre a une grande importance pratique, car sur l'état du tissu cellulaire de la base des ligaments larges et des ligaments utéro-sacrés on peut préciser les indications opératoires et le choix de l'intervention.

L'extension paramétrique entraîne nécessairement *l'envahissement des organes voisins* soit par le processus néoplasique, soit par le processus inflammatoire amenant l'englobement d'un ou des deux uretères et l'adhérence de la vessie ou du rectum à l'utérus cancéreux.

Envahissement ganglionnaire. — Le système lymphatique est la voie de propagation habituelle du cancer. Cette règle absolue est-elle applicable au cancer utérin ? Et si cette extension se produit, à quelle époque du développement du cancer ce retentissement a-t-il lieu ? Telle est la question à l'ordre du jour et qui doit déterminer le chirurgien dans le choix de son intervention. Il est incontestable que, dans les cancers étendus et anciens de l'utérus, l'envahissement des ganglions pelviens est la règle ; mais cet envahissement se produit-il dès le début du cancer utérin ou seulement plus tard ?

En se basant sur ses recherches, Wertheim pose les conclusions suivantes :

1° Dans un certain nombre de cas de cancer utérin, les ganglions régionaux sont pris relativement de bonne heure ;

2° Dans les cancers, même au début, les ganglions peuvent être pris ;

3° Souvent, on ne peut dire d'avance si les ganglions sont pris, et l'examen microscopique seul peut assurer la chose ;

4° L'état du paramètre tel qu'on le constate par la palpation ne permet pas de déduire l'état des ganglions, ni même d'affirmer si les paramètres sont cancéreux ou non ; car des paramètres épaissis peuvent être libres de cancer, et les non infiltrés être cancéreux.

Voici, maintenant, les résultats de mes observations person-

nelles : j'ai pratiqué trente-huit fois l'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie abdominale ; j'ai toujours trouvé des ganglions appréciables au palper dans l'épaisseur du tissu conjonctif enlevé.

Les ganglions ont été étudiés par des coupes en séries dans 13 cas. Dans 8 cas, les ganglions étaient cancéreux ; dans les 5 autres, quoique l'hypertrophie fût souvent volumineuse, ils étaient indemnes. Donc, dans 61,5 pour 100 des cas, les ganglions étaient cancéreux.

Le volume des ganglions n'était pas en relation directe avec leur état. Des ganglions volumineux n'étaient pas cancéreux, tandis que des petits ganglions à peine appréciables contenaient des éléments néoplasiques. Aussi, ni l'examen clinique pré-opératoire, ni la vue directe après l'ouverture de l'abdomen, ni même la palpation directe ne pouvaient fournir des indications utiles sur l'état des ganglions. Le microscope seul a pu le plus souvent déterminer l'état exact des ganglions.

En résumé, l'étude que nous venons de faire nous amène aux conclusions suivantes :

a) L'envahissement ganglionnaire est fréquent : 31,5 pour 100 des cas (Wertheim), 61,5 pour 100 (Jonnesco) ;

b) Les ganglions peuvent être pris même dans les cancers limités sans aucune infiltration du paramètre ;

c) L'infiltration même cancéreuse du paramètre n'implique pas l'envahissement des ganglions par le néoplasme ;

d) L'envahissement ganglionnaire peut être précédé par la thrombose cancéreuse des vaisseaux et espaces lymphatiques péri-utérins. Cette dernière peut exister sans infiltration paramétrique ni dégénérescence ganglionnaire ;

e) Le volume des ganglions n'est pas en rapport direct avec leur envahissement par le néoplasme ;

f) Il n'y a pas d'étapes régulières dans la marche de l'envahissement ganglionnaire ; les ganglions distants peuvent être dégénérés, alors que les proximaux sont indemnes ;

g) Le siège, l'étendue et la forme clinique du cancer du col n'ont aucun rapport direct avec l'envahissement des ganglions lymphatiques ;

h) Vu l'incertitude dans laquelle on se trouve sur l'existence ou la non-existence d'une propagation paramétrique et ganglionnaire, tant cliniquement qu'après l'examen direct même, la seule inter-

vention rationnelle dans le cancer opérable de l'utérus, c'est l'extirpation par la voie abdominale avec évidement complet lombo-pelvien.

Les récidives du cancer de l'utérus après les interventions opératoires s'observent très souvent. La connaissance exacte de leur fréquence, de leur nature et de leur siège est d'une grande importance, car elle permet d'en déduire la méthode opératoire par laquelle on peut espérer pouvoir les éviter.

Technique opératoire. — Voici quelle est ma technique opératoire, telle que je la pratique dans tous les cas, sans exception.

1° *Soins préparatoires.* — Pendant deux ou trois jours avant l'opération, le vagin est désinfecté deux fois par jour par des lavages abondants au permanganate de potasse et à l'eau oxygénée, et tamponné à la gaze iodoformée après chaque irrigation. Le jour de l'opération, et peu avant, on pratique le dernier lavage vaginal et on tamponne le vagin sans le distendre ; en même temps, on procède au nettoyage de la paroi abdominale par des lavages au savon de potasse stérilisé et à la brosse pendant dix bonnes minutes, puis on lave largement à l'alcool et au sublimé et on applique des compresses stérilisées de gaze sur le ventre, recouvertes de gutta-percha, le tout maintenu par un bandage de gaze destiné à être coupé et enlevé sur la table d'opération.

2° *Laparotomie.* — Elle se fait en position déclive.

Le péritoine ouvert, ses lèvres sont fixées par de petites pinces à dents spéciales à la peau de chaque côté, pour fermer chaque lèvre de la plaie de la paroi. Ensuite, mon aide et moi, chacun de son côté, nous montons les pièces de mon écarteur ; les valves fortement tirées de chaque côté sont fixées au support, produisant ainsi un écartement énorme des lèvres de la plaie abdominale et découvrant largement toute l'entrée du petit bassin, une grande partie des fosses iliaques et de la région lombaire médiane.

3° *Isolement des annexes, section des ligaments infundibulo-pelviens et ronds entre ligatures, section des ligaments larges.* — Le côlon pelvien est relevé et renversé avec la masse intestinale grêle vers le diaphragme ; le champ opératoire est isolé parfaitement du reste de la cavité abdominale par de larges compresses de gaze stérilisées. Le fond de l'utérus est saisi dans les mors d'une grande pince courbe de Museux, et attiré en haut et avant par la main gauche de l'opérateur, pendant que de la main droite on cherche à

libérer les annexes. Les annexes libérées, l'utérus se désenclave facilement. On confie à l'aide le Museux, qu'il attire à gauche et en haut, pendant que les doigts de la main gauche de l'opérateur saisissent le bord libre du ligament large droit, le soulèvent et le tirent en dedans, pour tendre le ligament infundibulo-pelvien de ce côté. L'aide, pendant qu'il tient le Museux de la main gauche, nous présente avec sa droite l'aiguille de Deschamps, qu'il a armée préalablement d'un catgut n° 0. L'aiguille est passée d'arrière en avant sous le pédicule vasculaire annexiel (utéro-ovarien) à travers les deux feuillets péritonéaux du ligament infundibulo-pelvien. Le premier fil est passé et noué le plus près possible des flancs du bassin. Un deuxième fil est passé de la même manière à 1 centimètre en dedans du premier, et le ligament infundibulo-pelvien est sectionné entre ces deux ligatures à l'aide de ciseaux. On sectionne le feuillet antérieur du ligament large jusqu'au ligament rond du même côté. Celui-ci est sectionné également entre deux ligatures près de l'orifice interne du canal inguinal aussi loin que possible de l'utérus. L'incision du feuillet antérieur péritonéal est poursuivie en avant, jusqu'au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, en dedans du bord correspondant de l'utérus. Le ligament large gauche se trouve ainsi largement ouvert en avant ; il est détaché de ses connexions pelviennes latérales et antérieures, ainsi que les annexes. On exécute la même manœuvre du côté droit. Alors les ligaments, libérés de chaque côté, pendent à droite et à gauche de l'utérus avec les annexes qu'ils contiennent.

4° *Ligatures des artères hypogastriques.* — A droite d'abord, après avoir sectionné le feuillet postérieur du ligament large le long des vaisseaux iliaques, on pénètre entre les deux feuillets du ligament, on décolle le péritoine pelvien le long des vaisseaux iliaques externes qu'on poursuit jusqu'à ce que le doigt touche la bifurcation de l'iliaque primitive. On dénude alors, avec la sonde cannelée, l'artère, et on l'isole de la veine sous-jacente ; immédiatement au-dessus de la bifurcation de l'iliaque, on passe sous l'artère l'aiguille de Deschamps, munie d'un fil de catgut n° 1, pour la lier. La ligature de l'hypogastrique gauche présente quelques particularités à cause de ses rapports avec la racine du méso-côlon pelvien qui la croise.

5° *Décollement de la vessie.* — On incise aux ciseaux le pont péritonéal qui unit, devant l'utérus, les feuillets antérieurs des liga-

ments larges. Puis on sépare la vessie de la paroi vaginale antérieure, en la décollant d'arrière en avant. Facile dans la majorité des cas, ce décollement peut être rendu plus laborieux par des adhérences assez intimes des deux organes.

C'est sur les côtés qu'on rencontre quelquefois des difficultés, alors même qu'il n'y a pas d'infiltration paramétrique. Connaître ce détail, c'est l'éviter sûrement.

Le tablier péritonéal vésical est fixé à la peau et maintenu relevé par des pinces pendant toute la durée du décollement et pendant les temps suivants de l'opération.

6° *Dissection des uretères ; libération et section entre deux ligatures des artères utérines.* — La recherche de l'uretère commence à son point de pénétration dans le pelvis, c'est-à-dire au niveau de la bifurcation des iliaques. On l'y trouve facilement le long des vaisseaux iliaques et collé au feuillet postérieur du ligament large; on le poursuit d'arrière en avant, l'isolant du tissu cellulaire voisin dans tout son parcours pelvien. L'isolement de l'uretère est toujours possible, car il n'adhère jamais réellement aux parois du tunnel conjonctif, il y glisse plutôt, et on trouve entre lui et les parois un plan de clivage qui permet l'isolement facile de l'organe. Après avoir décollé l'uretère de la paroi utéro-vaginale, on passe la sonde cannelée ou même le doigt indicateur de la main gauche sous le cordon formé par l'artère utérine, préalablement vu et isolé ; on soulève l'artère et on la poursuit vers les flancs du pelvis ; on la dénude sur presque tout son trajet avant de la lier. On place une double ligature au catgut n° 0 sur l'utérine, dont une près de son origine, et on la sectionne.

Alors l'uretère est libéré de partout et on poursuit sa dissection en avant jusqu'à sa pénétration dans la paroi vésicale, en le décollant peu à peu de la paroi vaginale latérale à laquelle il n'adhère ordinairememt que très faiblement. On procède de la même manière du côté opposé, et les deux uretères sont complètement isolés et traversent librement la cavité pelvienne. La dissection par trop complète de l'uretère et son complet isolement des tissus et organes voisins donne lieu assez souvent à des sphacèles plus ou moins tardifs ; pour obvier à ces accidents, dont j'ai eu des exemples, j'ai cherché à lui laisser autant que possible par places une couverture péritonéale. Dans les cas où la blessure de l'uretère s'est produite pendant sa dissection, si la plaie était petite, je pratiquais la suture

immédiate ; si la section était presque totale ou totale, j'ai pratiqué dans un cas l'urétéro-cysto-néostomie avec succès, dans l'autre la ligature du bout supérieur et la néphrectomie secondaire, qui fut faite également avec succès.

7° *Incision du Douglas ; section des ligaments utéro-recto-sacrés ; décollement utéro-vagino-rectal.* — L'aide tire l'utérus en haut et en avant par-dessus le pubis pour exposer le Douglas et tendre les ligaments utéro-recto-sacrés. Par une incision transversale on coupe le péritoine qui revêt le Douglas d'un ligament large à l'autre, ainsi que les ligaments utéro-sacrés. On libère aussi loin que possible la paroi vaginale postérieure du rectum. Cette dissection, qu'on doit pousser aussi loin que celle qu'on a pratiquée en avant entre la vessie et le vagin, peut donner lieu, très rarement il est vrai, à des blessures du rectum qu'on suturera immédiatement.

8° *Amputation du vagin.* — Le vagin, déjà disséqué en avant et en arrière sur une longue étendue, est libéré de la vessie et du rectum. On cherche à le libérer aussi sur les côtés en séparant ses bords des flancs pelviens, et cela en laissant du côté du vagin le plus de tissu cellulaire possible. Cette dissection est poussée jusqu'au plancher pelvien, c'est-à-dire aux muscles releveurs de l'anus. Le vagin une fois bien libéré de partout, on ferme le canal vaginal au-dessous de la lésion cancéreuse du col, et aussi loin que possible, avec une pince très recourbée et à longs mors.

Au-dessous de cette première pince, à 1 centimètre environ d'elle, on place de la même façon, et toujours de droite à gauche, une seconde pince qui produit à son tour une occlusion parfaite du vagin. Après s'être assuré que rien d'autre que le vagin n'a été serré dans les mors des deux pinces ainsi posées, on confie celles-ci à l'aide, qui les tient dans sa main droite en les attirant à lui et les écartant autant que possible sans tractions intempestives pour élargir ainsi l'espace compris entre les pinces. Alors l'opérateur, avec le bistouri, sectionne le pont vaginal intermédiaire aux pinces, de droite à gauche.

Une fois la section vaginale terminée, on enlève d'une seule pièce l'utérus, ses annexes et une grande partie du canal vaginal tenu fermé par la pince supérieure, ainsi qu'une grande partie du paramètre laissée adhérente à l'utérus et au vagin pendant la libération de ce dernier. De cette façon aucune parcelle cancéreuse, aucun

élément septique n'a pu s'écouler du canal vaginal pendant la manœuvre de l'amputation du vagin.

Après avoir extirpé la masse utéro-vagino-annexielle, le restant du canal vaginal reste encore fermé du côté du pelvis par la seconde pince, l'inférieure, qui est laissée en place jusqu'à la fin des manœuvres pelviennes.

9° *Evidement ilio-lombo-pelvien ; dissection et extirpation du tissu cellulaire du pelvis, des fosses iliaques et des lombes avec tous les vaisseaux et les ganglions lymphatiques qu'ils contiennent.* — Avant de décrire la manière de procéder à ce temps, le plus délicat et le plus important de l'opération, il est utile de rappeler la topographie exacte des vaisseaux et des ganglions lymphatiques de l'utérus.

Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques de l'utérus ont été surtout bien étudiés dans ce dernier temps par Poirier, Peiser (1898) et surtout par Marcille (Thèse de Paris, 1902).

Les *lymphatiques du col* émergent de chaque côté et se réunissent en deux pédicules :

a) Le *pédicule postérieur* comprend deux à trois troncs qui se portent directement en dehors en passant en avant de l'uretère. Il se termine dans les ganglions moyens et supérieurs de la chaîne moyenne du groupe iliaque externe. Sur leur trajet, au niveau du croisement urétéral, on peut trouver un nodule ganglionnaire.

Marcille signale aussi l'existence d'un ganglion juxta-cervical et de petits ganglions au niveau du cul-de-sac du vagin.

b) Le *pédicule transversal* rétro et sous-urétéral est formé de vaisseaux, qui se rendent les uns aux ganglions placés le long des troncs viscéraux de l'hypogastrique, dans la palmure que forme ces vaisseaux, les autres aux ganglions sacrés latéraux (en regard du deuxième trou sacré), après avoir cheminé le long du plancher musculaire du pelvis, sur les côtés du rectum et sur la face antérieure du sacrum; d'autres, enfin, vont aux ganglions du promontoire.

Les *lymphatiques du corps* forment trois pédicules : un *principal*, dont les vaisseaux, partis de la corne utérine, suivent les vaisseaux spermatiques internes et se jettent dans les ganglions juxta-aortiques, un peu au-dessous du hile du rein, et deux *pédicules accessoires*, dont l'un va aux ganglions inguinaux superficiels en suivant le ligament rond.

La *topographie des ganglions ilio-pelviens*, qui peuvent être tous

pris dans le cancer de l'utérus, est très importante à connaître pour savoir les chercher. Cette étude a été admirablement faite par Marcille. Il distingue trois groupes ganglionnaires :

a) Le *groupe iliaque externe*, formant *trois chaînes* ganglionnaires autour des vaisseaux iliaques externes ; une *externe*, située le long du bord externe de l'artère (trois ou quatre ganglions, dont un chef de file rétro-crural) ; une *interne*, située en dedans de la veine (trois ou quatre ganglions, dont un rétro-crural, et un situé au-dessous du nerf obturateur : ganglion du nerf obturateur, le plus souvent atteint dans le cancer de l'utérus, d'après mes recherches) ; une *moyenne*, située entre les deux vaisseaux (deux ou trois ganglions);

b) Les *ganglions hypogastriques* (quatre à six), disséminés entre les branches de l'artère hypogastrique ;

c) Les *ganglions iliaques primitifs* forment autour de l'artère iliaque primitive trois groupes : *externe*, flanquant le côté externe de l'artère ; *interne*, formé de deux portions : *ganglions du promontoire* situés près de l'angle de bifurcation de l'aorte, sur la veine iliaque primitive gauche, dans l'angle formé par cette veine avec l'artère iliaque primitive droite ; *ganglions sacrés latéraux*, au nombre de deux, situés un de chaque coté, en dedans du deuxième trou sacré ; enfin le *groupe moyen*, ou *postérieur*, est situé profondément en arrière des gros vaisseaux (groupe *rétro-vasculaire*). Les ganglions reposent sur les nerfs obturateur et lombo-sacré et sont recouverts par l'artère iliaque primitive et par le confluent des veines iliaques sous-jacent. Pour découvrir les ganglions, il faut soulever les vaisseaux. J'ai toujours trouvé ces ganglions hypertrophiés dans le cancer de l'utérus, et, avant que Marcille ait si bien précisé leur siège profond, j'avais l'habitude de pratiquer le curage de la fosse dans laquelle ils sont situés, que j'appelais lombo-sacrée et que Marcille appelle os du nerf lombo-sacré.

Évidement lombo ilio-pelvien.— Cet évidement comprend l'extirpation du tissu cellulo-graisseux du pelvis, des fosses iliaques, et des régions lombaires inférieures avec les vaisseaux lymphatiques et les ganglions qu'il renferme. Je le pratique en cinq temps :

a) Le *premier temps* comprend l'*évidement des flancs du pelvis et des bords internes des fosses iliaques*, c'est-à-dire la dissection des vaisseaux iliaques externes, du nerf obturateur, de l'artère ombilicale et de la fosse obturatrice ;

b) Le *second temps* comprend la *dissection des vaisseaux hypogastriques et de leurs branches*. Commencée à la racine de l'artère iliaque interne, cette dissection est poursuivie de haut en bas;

c) Dans le *troisième temps*, j'évide la *fosse sacro-rectale;*

d) Le *quatrième temps* consiste dans la dissection des vaisseaux iliaques primitifs, aorte et veine cave. On trouve en général une chaîne ganglionnaire le long du flanc externe de l'iliaque primitive gauche, se prolongeant en haut sur le flanc gauche de l'aorte abdominale, et à droite une autre chaîne le long du flanc droit de l'artère primitive droite, se continuant sur le flanc droit de la veine cave;

e) Enfin, dans un *cinquième temps*, je fais le curage de la fosse lombo-sacrée de chaque côté.

10° *Drainage du pelvis par le vagin.* — Je le pratique toujours, car il constitue une grande garantie ; il permet en effet l'écoulement facile des sérosités sécrétées par les larges surfaces dénudées; il favorise aussi l'écoulement du peu de sang veineux qui peut se produire après l'atteinte inévitable des veinules hypogastriques; enfin il permet le tamponnement facile de cette large surface pelvienne pendant les quarante-huit premières heures.

Après avoir terminé l'évidement lombo-ilio-pelvien, j'enlève la pince qui fermait le canal vaginal et j'introduis par le pelvis deux mèches de gaze stérilisée dans le vagin, dont la plus grande partie est pelotonnée dans le pelvis de chaque côté pour combler les vastes fosses obturatrices vidées pendant l'opération.

11° *Péritonisation. Fermeture du pelvis par le méso-côlon pelvien, en suturant le bord libre du côlon pelvien au péritoine iliaque et vésical.* — La péritonisation de l'orifice supérieur de la cavité pelvienne et l'isolement parfait de cette cavité de la grande cavité abdominale par un dôme péritonéal peut se faire de deux manières. Quand l'exérèse péritonéale n'a pas été trop étendue et qu'il reste des lambeaux suffisants pour pouvoir suturer directement le tablier péritonéal vésical au péritoine du rectum, on pratique trois surjets : deux latéraux, suturant ce qui reste des feuillets postérieurs des ligaments larges au péritoine iliaque, et un médian, par lequel on suture le tablier péritonéal vésical au péritoine rectal. La suture est faite au catgut n° 0.

Quand, par suite d'une exérèse trop étendue, il n'y a plus assez d'étoffe pour pouvoir obtenir cette péritonisation, ce qui est

assez fréquent, on ferme le pelvis à l'aide du méso-côlon pelvien.

12° *Fermeture de l'abdomen.* — Elle est faite par deux plans de sutures à fils temporaires suivant un procédé spécial.

Le *pansement* est simple : une légère couche de gaze stérilisée recouverte par une mince couche d'ouate stérilisée, le tout maintenu par un bandage de flanelle. Jamais de glace sur le ventre.

Les *soins post-opératoires* sont simples : les mèches pelviennes sont enlevées quarante-huit heures après et remplacées par une petite mèche qui dépasse à peine le canal vaginal, ce qui favorise la rapide fermeture du pelvis par la cicatrisation de l'orifice vaginal. Les irrigations vagino-pelviennes ne sont faites que dans le cas d'absolue nécessité et tardivement, alors qu'on est sûr de l'occlusion définitive du dôme péritonéal, pour éviter tout passage du liquide dans l'abdomen. Cette irrigation se fait au sérum artificiel stérilisé.

La durée de l'opération est d'une heure et demie au plus, même dans les cas les plus complexes.

Quant aux résultats de l'opération, on peut admettre, d'après les statistiques les plus récentes, une mortalité opératoire de 5,35 pour 100 dans les cas de cancer limité et de 34,37 pour 100 dans ceux plus ou moins étendus.

Pour ce qui est des résultats éloignés, il est encore impossible de les prévoir à cause de la date récente des derniers procédés et, d'autre part, la diversité des procédés ne permet pas la comparaison entre les diverses statistiques.

* * *

Conclusions. — Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus peut donner des résultats très satisfaisants en prolongeant la vie et même en amenant quelquefois la guérison radicale.

L'opération de choix du cancer de l'utérus est celle qui permet l'ablation complète de l'utérus et ses annexes, du tissu cellulaire et des vaisseaux et ganglions lymphatiques pelviens, iliaques et lombaires inférieurs.

La voie vaginale étant incapable de permettre une telle intervention doit être abandonnée et réservée seulement aux opérations partielles et palliatives.

La voie abdominale seule permet l'exérèse large. C'est à elle

qu'on doit avoir recours toutes les fois que l'opération complète peut être exécutée.

Toutes les opérations pratiquées par cette voie sans l'évidement complet sus-indiqué restent des interventions incomplètes et purement palliatives.

La castration abdominale totale suivie de la dissection complète du pelvis, des fosses iliaques et des lombes, est une opération rationnelle, possible, bénigne et efficace. C'est l'opération de choix du cancer de l'utérus.

Cette opération ne doit être entreprise que dans les cancers limités où cliniquement, où après l'ouverture de l'abdomen, on a constaté la possibilité de tout enlever et de ne rien laisser du tissu cellulaire et des ganglions lymphatiques.

Les cancers non limités ne sont susceptibles que du traitement palliatif.

La condition indispensable pour l'avenir du traitement chirurgical du cancer de l'utérus, c'est la possibilité de l'opérer le plus près de son début.

J'ai laissé de côté, dans ce mémoire, la question du traitement palliatif du cancer utérin, question de minime importance, et celle du traitement chirurgical dans les cas compliqués de grossesse, sur lesquels je n'ai aucune pratique personnelle.

Wertheim (Vienne). — L'extirpation seule de l'utérus n'amène la guérison totale du cancer de l'utérus que dans un petit nombre de cas. Il faut intervenir d'une manière plus efficace, à savoir : enlever le plus possible du tissu cellulaire qui entoure l'utérus et extirper les ganglions lymphatiques propres de la région.

La meilleure méthode de traitement radical consiste dans la laparotomie. Par cette opération, grâce aux perfectionnements introduits dans le manuel opératoire, la mortalité a tellement diminué que désormais elle ne peut être invoquée comme un argument contre l'opération.

Le nombre des cas susceptibles d'opération a augmenté d'une manière considérable, depuis que l'on a adopté la méthode abdominale perfectionnée. Les résultats définitifs, à en juger par ceux qui ont été déjà obtenus, seront encore meilleurs dans la suite, et rendront l'opération toujours plus avantageuse.

Tout en adoptant cette opération il faut toujours se rappeler que, dans le cancer de l'utérus, il faut avoir recours, le plus tôt possible, au traitement chirurgical.

Pour arriver aux résulats qui lui font poser ces conclusions, M. Wertheim emploie depuis 1878 la technique suivante :

Incision sur la ligne blanche, de la symphyse à l'ombilic (position déclive, table opératoire de Ihle).

Dissection des uretères dans leur partie pelvienne.

Dissection de la vessie, ligature et section des ligaments rond et infundibulo-pelvien.

Ligature et section des vaisseaux utérins.

Dissection du rectum.

Nettoyage complet du parametrium en maintenant soigneusement les uretères et en évitant de les léser.

Pincement du vagin, désormais libéré, au-desous du cancer, avec une pince courbée, et section du vagin au-dessous de la pince.

Recherche des ganglions (on met à jour la région des grands vaisseaux : hypogastriques, iliaques externes, iliaques internes), et on extirpe tout ganglion tant soit peu augmenté de volume.

Drainage par le vagin au moyen de gaze iodoformée, puis fermeture du péritoine et suture des parois abdominales.

Grâce à cette technique, il a pu opérer 120 cas.

Les résultats opératoires furent une moralité de 20 pour 100 et de 13 pour 100 si l'on met de côté la première série, à cause de sa technique insuffisante. Cette amélioration des résultats provient de : 1° Amélioration de la technique (au début, l'opération durait deux heures à deux heures et demie ; elle ne dure plus qu'une heure à une heure et demie);

2° De ce que M. Wertheim ne dénude plus complètement l'uretère et lui laisse ainsi des vaisseaux nourriciers, ce qui diminue beaucoup les cas de nécrose;

3° Il lui paraît important de préparer l'utérus, et, malgré l'occlusion réalisée par la pince, il fait maintenant au préalable un curettage soigneux et des irrigations au sublimé ; sur les vingt derniers cas opérés de cette manière, il n'a plus eu de décès.

Dans le traitement consécutif, il faut mentionner tout spécialement les soins à donner à la vessie ; grâce à la paralysie presque constante et au cathétérisme que cette dernière occasionne, il se

forme presque toujours des cystites plus ou moins violentes. Depuis que M. Wertheim a fixé à la paroi vaginale la face postérieure de la vessie, découverte de péritoine, suivant le procédé indiqué par Krönig, et diminué ainsi la capacité vésicale, il a eu beaucoup moins d'inconvénients et a même vu des malades uriner spontanément dès le lendemain de l'opération.

M. Wertheim a opéré, suivant sa méthode, pendant sa première série de 30 cas, 29 pour 100; pendant la deuxième, 40 pour 100; pendant la troisième, 52,9 pour 100, et pendant la quatrième, 50 pour 100 des cas de cancer utérin qui se sont présentés à sa clinique; tandis que, d'après leurs statistiques, Schauta et Chrobak n'opèrent, par voie vaginale, qu'environ 15 pour 100 des cas. Certains des cas opérés présentèrent des difficultés toutes spéciales; on dut quelquefois réséquer l'uretère, le rectum, le vagin; souvent les ganglions étaient entièrement adhérents aux gros vaisseaux.

Il faut également tenir compte de la qualité des cas pour examiner les *résultats éloignés*. Comme le rapporteur demande un délai de cinq ans sans récidive pour conclure à une guérison définitive et que son cas le plus ancien n'a pas tout à fait quatre ans, il ne peut raisonner sur ce sujet que par analogie. Dans sa première série (dont le cas le plus récent date de deux ans et demi), il n'a eu, jusqu'à présent, que trois récidives, soit 77 pour 100 de guérisons, tandis que la statistique de Chrobak, sur des opérations vaginales ne comprenant que 15 pour 100 des cas de cancer, présente 34 récidives sur 77 cas, soit 56 pour 100 de guérisons après deux ans.

Les indications opératoires sont très difficiles à préciser, et le diagnostic clinique est quelquefois presque impossible. Il faut se garder d'opérer tous les cas et il faut savoir respecter les cancers par trop étendus. Il arrive quelquefois que des cancers paraissant limités se trouvent, à l'ouverture de la cavité péritonéale, absolument inopérables. En cas de doute, quelle maladie plus que le cancer utérin n'indique-t-elle pas la laparotomie exploratrice !

Pour se rendre compte de certains points peu connus de propagation du cancer, M. Wertheim examina dans 80 cas les ganglions et le tissu péri-utérin au moyen de coupes en série (ce qui représente environ 40.000 coupes). Dans ces cas, on put constater des cellules cancéreuses 45 fois dans le paramètre, soit 20 fois d'un seul côté et 19 fois des deux. Ces lésions n'étaient pas toujours

directement en contact avec l'utérus : 38 fois elles en étaient assez distantes, et dans 11 cas on ne put retrouver la connexion avec la lésion primitive.

Les ganglions situés près des gros vaisseaux furent reconnus 27 fois cancéreux sur ces 80 cas, 23 fois d'un seul côté, 4 fois des deux. Le plus souvent il n'y avait que quelques ganglions de pris, plus rarement de grandes masses. Les lésions du paramètre ne sont pas toujours concordantes avec les lésions ganglionnaires. Dans 22 cas il y avait infiltration du paramètre et rien dans les ganglions ; dans 4 cas ce fut l'inverse, ganglions pris et tissu péri-utérin indemne; dans 22 cas les deux étaient atteints et dans 32 cas il n'y avait pas de propagation du tout.

En se basant sur ces recherches histologiques, il faut admettre que dans 48 de ces 80 cas l'extirpation pure et simple de l'utérus, de quelque façon qu'elle eût été faite, n'aurait pas amené l'exérèse complète du carcinome. Cela seul suffit pour justifier sa méthode.

Freund (Berlin). — La question de savoir si le cancer est curable par l'hystérectomie est jugée par M. Freund d'après 2 cas de guérison datant l'un de vingt-quatre ans, l'autre de dix-neuf ans; puis après quelques considérations sur la pathologie générale du cancer, M. Freund arrive aux conclusions suivantes :

Le diagnostic du cancer de l'utérus donne des indications pour l'extirpation immédiate et totale de ce même organe.

L'opération pratiquée dès le début de la maladie et autant que possible d'une façon radicale fait espérer une guérison persistante.

L'opération abdominale pratiquée d'après les principes modernes de la chirurgie répond à cette indication mieux que l'opération par la voie du vagin.

L'opération vaginale doit être regardée comme un bon traitement palliatif pour les cas très avancés et qu'on ne peut plus opérer d'une façon radicale.

Jacobs (Bruxelles) se déclare aussi un partisan convaincu de l'opération complète, dont l'hystérectomie n'est en réalité qu'un temps et dont le but doit être l'extirpation de tous les ganglions et de tous les tissus cancéreux.

Il a opéré par le procédé de Wertheim, légèrement modifié,

75 malades sur lesquelles il a eu 28 guérisons tardives, dont une de quatre ans, deux de trois ans, etc., soit 37 pour 100.

Cette opération est donc la plus parfaite comme opération palliative ; ce sera la meilleure méthode curative, quand l'éducation générale des malades permettra d'intervenir plus tôt.

Th. Cullen (Baltimore). — Il est vraiment intéressant de regarder une trentaine d'années en arrière et de voir quels progrès ont été faits dans le traitement de cette redoutable maladie ; à cette époque, on faisait le curettage, ou tout au plus l'amputation du col.

L'hystérectomie abdominale de Freund, introduite en 1878, marque une ère nouvelle dans le traitement du cancer. La seconde étape, suggérée par la grande fréquence des lésions de l'uretère au cours de l'opération, fut le cathétérisme préventif de l'uretère employé par Pawlik en Europe et peu après par Kelly à Baltimore. Puis il faut citer l'extirpation des ganglions pelviens, et les noms de Ries, Clark et de Rumpf sont à citer. Ces opérateurs cherchaient à enlever le plus de tissu péri-utérin possible ; malgré la base scientifique de ce traitement, la mortalité immédiate fut très grande, à cause de l'infection qui se produit facilement lors de l'extirpation de ces tissus cancéreux et nécrotiques. Différentes méthodes furent conseillées pour obvier à ce danger, parmi lesquelles la plus connue est celle de Werder. Nous arrivons ensuite à l'opération de Wertheim, qui a atteint aujourd'hui son summum de perfection et qui permet de voir tous les détails de l'opération. La blessure de l'uretère n'est plus à craindre. M. Kelly a depuis abandonné le cathétérisme préventif qu'il faisait toujours jusque-là ; la ligature des vaisseaux utérins se fait sous le contrôle des yeux.

Le rapporteur est parfaitement d'accord avec Wertheim en ce que le curettage préliminaire, avec les pertes de sang qu'il fait subir, diminue grandement les forces de la malade et que cela, joint à l'anesthésie nécessaire, diminue la résistance pour le shock consécutif ; aussi croit-il, quand le col n'est pas trop volumineusement atteint, qu'il est préférable d'éviter ce curettage. Il croit bonne la technique de Mackenrodt et de Krönig, qui laissent l'uretère sans le séparer de son revêtement péritonéal. Cependant, quand l'uretère est entouré de masses carcinomateuses, il faut le disséquer, et, si cela est impossible, il faut le couper en amont et

l'anastomoser à la vessie ; il y a pour cela plusieurs méthodes ; la meilleure lui paraît être celle de Sampson, qui peut s'exécuter en dix à quinze minutes. Or, le temps est dans ces cas un élément de grande importance. L'uretère, fendu près de son extrémité, est fixé à une incision en H faite sur la paroi vésicale ; les sutures sont faites de telle façon qu'elles ne forment pas un foyer pour les concrétions urinaires. Le rapporteur croit qu'il est préférable, lorsque l'uretère paraît nécrosé au cours de l'opération, de le réséquer et de l'anastomoser à la vessie plutôt que de courir le risque d'avoir à enlever un rein sain lors d'une opération subséquente.

Il faut encore mentionner le suintement veineux, embarrassant et quelquefois alarmant, provenant des parois latérales du vagin au moment de la libération du tissu péri-utérin et péri-vaginal ; jusqu'à présent la recherche de la source de cette hémorragie était une partie sérieuse et longue de l'opération, et la perte de sang diminuait grandement la résistance des malades. M. G. Brown Miller, ancien chirurgien de John Hopkin's Hospital, eut le premier l'idée d'encercler le vagin avec des sutures interrompues, avant d'ouvrir l'abdomen ; de cette façon la recherche de l'origine du suintement de la muqueuse vaginale au moment de l'extirpation de l'utérus fut grandement facilitée.

M. Guy L. Hunner, son successeur, adopta le même procédé, puis l'abandonna ensuite. M. Sampson, chirurgien au même hôpital, impressionné par les dessins et les dissections de M. Max Brödel, qui montrent l'existence de nombreuses veines dans les parois vaginales, surtout latéralement, eut l'idée de faire des sutures, mais plus profondes que celles de Müller. En avant, il faut faire attention à ne pas pénétrer dans la vessie ; en arrière, les sutures sont poussées presque jusqu'à la muqueuse rectale, sous le contrôle d'un doigt introduit dans le rectum ; latéralement, les sutures doivent faire une piqûre profonde, s'étendant presque jusqu'à l'os. Le meilleur matériel de suture est le catgut. Ce procédé de Sampson est excellent, ne prend que cinq à dix minutes, et permet de faire l'hystérectomie sans presque perdre de sang.

Il n'a jamais vu d'infection propagée le long de ces sutures, et il admet que l'économie de sang compense largement le risque que l'on pourrait courir aussi.

Il emploie la méthode de drainage le long de l'uretère, comme le fait Krönig; mais il préfère une mèche de gaze au tube de caout-

chouc. Il n'est pas partisan de l'opération vaginale, dont l'usage diminue de jour en jour ; il y a deux ans, il demandait que l'hystérectomie vaginale fût réservée aux femmes obèses, où l'opération abdominale était difficile ; dans ces cas la graisse sous-péritonéale renferme de nombreux petits vaisseaux très friables, difficiles à lier, et Krönig a montré que l'uretère se trouvait alors juste à son entrée dans le ligament large, à un endroit où il est peu protégé. Dans l'opération vaginale, il est difficile de circonscrire les végétations ; la blessure de l'uretère est souvent inévitable, et la plus grande partie de l'opération se fait dans l'obscurité ; de plus on ne peut être sûr des ganglions. L'opération de Wertheim avec des modifications ci-dessus donne un bon pronostic, et le rapporteur pense que des modifications nouvelles viendront encore perfectionner cette technique.

Cela donne encore un champ fertile pour la chirurgie abdominale. Il faut cependant encore faire comprendre à la foule que le cancer de l'utérus n'est pas toujours une maladie incurable ; il faut montrer que maints et maints cas ont été amendés par le traitement et que plusieurs ont été définitivement guéris. Quand la plupart des praticiens seront pénétrés de ce fait, il ne faudra plus bien longtemps pour que les femmes, lorsqu'elles auront un écoulement leucorrhéique ou aqueux inusité, viennent consulter immédiatement pour en connaître la cause, tout comme on fait rechercher la carie dentaire par un dentiste quand on a mal aux dents.

Gutierrez (Madrid). — Pour donner aux malades de cancer utérin une survie plus longue, nous ne possédons aujourd'hui pas d'autres moyens que les moyens chirurgicaux.

On ne doit tenter les opérations radicales que dans les cas de cancer nettement limité dans l'utérus, c'est-à-dire quand le vagin n'est pas affecté et qu'on ne peut constater aucune infiltration dans les tissus péri-utérins.

L'induration du parametrium, non limitée à un des ligaments ni dépendante des processus inflammatoires bien constatés, dans les cas de cancer, est une contre-indication à l'hystérectomie, même à titre d'opération palliative, puisque la continuation du mal est la règle, et la survie des opérées est peut-être moins longue que si nous avions employé le traitement palliatif.

Une fois l'intervention radicale décidée, nous donnons la préfé-

rence à l'hystérectomie vaginale, comme opération plus rapide et moins dangereuse que l'abdominale, surtout quand on fait l'évidement pelvien, et qui, jusqu'à présent, a donné des survies plus longues que la méthode sus-pubienne.

La survie des opérées est en raison directe de la limitation du cancer et des soins de l'opérateur pendant l'hystérectomie pour ne pas laisser de greffes épithéliales dans la plaie opératoire.

C'est pour ces raisons que tous les médecins doivent s'appliquer à faire le diagnostic précoce du cancer de l'utérus et conseiller l'opération immédiate.

Dans le cancer de l'utérus, de même que dans celui du sein, le manque de récidive au bout de trois ans, comme disait Wolkmann, ou quatre selon Rieffel, n'est pas une garantie de guérison, puisqu'on voit le cancer se reproduire six, huit et même dix ans après avoir été extirpé.

Si actuellement nous ne sommes pas autorisés à déclarer que l'hystérectomie vaginale, et dans certains cas l'abdominale, est le moyen curatif du cancer de l'utérus, nous sommes obligés de l'employer par devoir humanitaire, si nous voulons donner aux malades un meilleur état et une survie plus longue, dans tous les cas où l'on constate la limitation du mal ou sa diffusion peu étendue.

Pichevin (Paris) critique les statistiques opératoires; il n'a pas, lui, plus de 3 p. 100 de survie après trois ans avec l'hystérectomie vaginale; il se demande si, comme le dit d'ailleurs Olshausen, il n'y a pas en Allemagne une éducation gynécologique populaire telle que les femmes viennent consulter plus tôt et que l'opération peut être plus précoce. Comme M. Marcille l'a montré, il est impossible d'enlever tous les ganglions; l'opération abdominale est donc elle aussi une opération incomplète.

Paul Delbet (Paris). — Me plaçant d'abord au point de vue clinique, je vous dirai que j'ai opéré six malades atteintes de cancer : deux par la voie abdominale avec deux morts (il s'agissait de malades très gravement atteintes), quatre par la voie vaginale avec quatre succès opératoires. L'une, opérée d'un cancer cervical datant de onze mois, est en pleine récidive; une deuxième malade, atteinte de cancer du corps, et une troisième malade, atteinte de

cancer de la muqueuse du col, sont sans récidive, bien qu'opérées depuis dix-huit mois et deux ans. Le quatrième cas est le plus intéressant. La malade étant venue me trouver, je la jugeai inopérable et fis un curettage ; les accidents ayant récidivé, la malade alla trouver Lebec, qui fit l'hystérectomie vaginale. Il y a aujourd'hui neuf ans de l'opération : la malade vit encore sans récidive ; l'examen histologique a été fait deux fois dans le service de M. Le Dentu et dans le service de Lebec ; il a confirmé le diagnostic cancer.

En résumé, l'opération vaginale fixée dans ses indications, réglée dans sa technique, presque sans danger immédiat, me paraît l'opération de choix. L'hystérectomie abdominale totale, permettant une exérèse plus étendue et une guérison définitive, ne doit, à mon avis, être proposée qu'aux malades tout à fait au début, parce qu'ici les avantages sont assez considérables pour faire passer sur ses dangers.

Comme opération destinée à reculer les limites de l'opérabilité, l'hystérectomie abdominale ne paraît pas avoir tenu ce qu'elle promettait.

C'est ce qui m'a conduit à chercher dans une autre voie et à proposer l'opération suivante, dérivée des opérations de Michaux, Wölfler, Schuckardt : incision partant du fond de l'échancrure sciatique, passant à égale distance de l'anus et de l'ischion et se terminant le long de la grande lèvre. Découverte et incision du releveur, mise à nu du vagin par sa face latérale, isolement de l'uretère et de la vessie, extirpation du vagin et de l'utérus. Cette opération permet d'atteindre des cancers inopérables par le vagin, d'extirper suffisamment le tissu cellulaire et surtout de libérer mieux que toute autre la paroi antérieure du vagin et la face inférieure de la vessie, point où se fait la récidive. L'opération n'offre pas de difficultés particulières, et Schauta, qui a opéré plusieurs malades par un procédé analogue, a pu constater que sa mortalité n'était pas supérieure à celle des autres hystérectomies.

Amann (Munich) ne croit pas que toutes les cellules cancéreuses qui se trouvent dans les ganglions soient réellement aptes à se développer ; mais nous n'avons encore, à ce sujet, pas de preuves suffisantes.

Pour ce qui est de l'opération, il la voudrait aussi complète que possible ; il préfère le drainage par le vagin.

Mackenrodt (Berlin) préfère de beaucoup l'opération abdominale, parce qu'elle permet d'enlever mieux, qu'elle évite plus facilement la blessure des uretères, ou, quand cette dernière se produit, elle permet mieux de parer aux accidents causés par cette blessure. Quant aux opérations vaginales, il ne les admet que quand les ganglions ne sont pas pris, et, dans ce cas, pour éviter le contage, il emploie le thermocautère.

Il faut enlever non seulement les ganglions, mais encore les voies lymphatiques, qui servent à la propagation de l'infection. Quant à l'extirpation absolument totale des ganglions, comme le voudrait Wertheim, elle lui semble impossible au point de vue anatomique.

Morisani (Naples) rapporte 14 cas de chirurgie abdominale pour cancer de la matrice, avec une seule mort. Dans ce cas, il s'agissait de pyométrite, qui compliquait le cancer de la portion vaginale du col et qui s'ouvrit pendant les manœuvres d'énucléation. Dans un autre cas, la récidive se montra après huit mois. Dans ce cas, la dégénérescence maligne était accompagnée d'une très forte infiltration ganglionnaire et du paramètre droit. Pendant l'opération on a ôté tout ce que l'on pouvait, mais l'évidement pelvien n'a pas été complet. Morisani a suivi les cas traités par cette opération et présente les chiffres suivants : 2 cas sans reproduction de 2 ans et 8 mois ; 2 de 2 ans et 4 mois ; 2 de 2 ans et 2 mois ; 2 de 1 an et 8 mois ; 1 de 1 an et 7 mois ; 1 de 1 an et 1 mois ; 1 de 1 an ; 1 de 6 mois.

Il compare ces résultats avec ce qu'il a obtenu avec 25 opérations de colpo-hystérectomie dans des formes limitées aussi. Dans ce cas, il a obtenu une mortalité nulle, mais la récidive n'a pas manqué de paraître en un temps variable entre 2 mois et 1 an. Il croit donc, et avec raison, en se basant sur cette statistique, laquelle ne manque pas d'être assez significative, à la supériorité de la méthode abdominale. Il croit que les limites de cette opération doivent être très restreintes, et il ne préconise l'intervention que dans les cas où l'examen gynécologique et l'état général de la malade donnent des arguments suffisants pour croire que le néoplasme soit limité. Il insiste spécialement sur les difficultés de diagnostic pour établir avec exactitude les limites du cancer, et il reconnaît la supériorité de la voie haute dans le fait que l'on peut inspecter directement la cavité abdominale pelvienne et que l'on

peut ne pas opérer, quand la lésion dépasse les limites établies. Il insiste sur le nombre des cas dans lesquels la récidive se produit sur la cicatrice vaginale, et sur la rapidité de la reproduction du néoplasme, quand on n'a pas fait une résection haute du vagin et du parametrium associée à la résection des ligaments larges et à l'évidement des ganglions qui entourent les vaisseaux. Il croit que l'application de cette opération donnera de bons résultats dans les cas limités et dans ceux où l'infiltration ganglionnaire est seulement pelvienne, ou dans ceux où le palper direct montre que ce système ganglionnaire n'est pas encore envahi. Mais si, comme on l'a fait, on étend les indications opératoires, on s'expose à des interventions incomplètes.

Il formule les conclusions suivantes :

1° La chirurgie abdominale dans le cancer de la matrice permet la constatation exacte de l'extension des lésions et donne la possibilité d'enlever l'organe ou non, dans chaque cas ;

2° Elle permet d'emporter les deux tiers supérieurs du vagin, du parametrium, la résection des ligaments larges, l'évidement pelvien et un enlèvement plus complet des annexes, donnant plus grande probabilité de réussite ou tout au moins prolongeant la vie des femmes ;

3° Les résultats immédiats de l'opération sont *presque identiques* à ceux de la colpo-hystérectomie en employant une technique exacte, si l'opérateur prend toutes les précautions nécessaires pour le bon résultat de l'opération, malgré que cette technique présente les plus grandes difficultés ;

4° Les résultats définitifs de la statistique personnelle sont de beaucoup supérieurs à ceux de l'opération vaginale au point de vue de la récidive.

Poten (Hanovre) est également partisan de l'opération abdominale, mais il recommande de n'employer la position déclive que pendant une partie de l'opération, et il veut aussi séparer la cavité pelvienne de la cavité abdominale en détachant le péritoine pariétal et en le suturant au péritoine viscéral, ce qui mettrait la cavité abdominale tout à fait à l'abri.

Zweifel (Leipsig) rapporte une série de 360 cas d'opération de cancer traité par l'hystérectomie; dans 30 p. 100 des cas

examinés au point de vue microscopique, les ganglions absolument normaux au palper se trouvèrent cancéreux à l'examen. Il est persuadé qu'il est rationnel d'étendre l'opération ; mais il trouve, contrairement à MM. Jonnesco et Wertheim, que l'opération vaginale a ses indications, et il a eu des guérisons datant de 10 à 15 ans. Sur 33 opérations de cancer compliqué de grossesse, M. Zweifel opéra toujours dès le début, quand ce fut possible, et sans jamais se soucier de l'enfant, qu'il considère comme condamné. Si le cancer est absolument inopérable, il attend alors le terme et fait l'opération de Porro.

Spinelli (Naples). — La fréquence impressionnante de la récidive du cancer sur la cicatrice vaginale fait penser que la colpohystérectomie est une opération incomplète et irrationnelle. Et cela est bien démontré par les constatations actuelles sur la dissémination du néoplasme dans les ganglions profonds. Pour ces raisons, l'hystérectomie vaginale est aujourd'hui un anachronisme. Le procédé de Wertheim est infiniment plus complet et plus rationnel que l'opération vaginale. La statistique italienne d'hystérectomie pour cancer, récoltée par l'auteur, comprend 1.293 cas, dont 1.093 opérations vaginales avec 53 morts (4.84 p. 100), et 200 opérations abdominales avec 52 morts (26 p. 100). Les résultats éloignés sont favorables, et on compte 13 p. 100 de survies de 3 à 10 ans.

La statistique personnelle de M. Spinelli compte 50 opérations : 45 vaginales avec une mort et 5 opérations de Wertheim avec une mort.

Cinq femmes ont déjà une survivance de 3 à 6 ans et demi.

Jayle (Paris). — Depuis 1900 j'ai eu recours 13 fois à l'hystérectomie pour cancer de l'utérus. Deux fois il s'agissait du cancer du corps utérin, survenu chez des femmes respectivement âgées de 57 à 60 ans ; j'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes, sans m'inquiéter des ganglions. Les deux malades ont guéri sans aucune complication et le sont restées jusqu'à ce jour.

Pour les autres 11 cas, il s'agissait d'épithélioma du col. Une seule fois l'épithélioma était bien limité, ayant été diagnostiqué tout au début, grâce à des circonstances spéciales. Il s'agissait d'une femme de 42 ans, qui venait réclamer une intervention pour

une énorme éventration survenue à la suite d'une salpingo-ovariectomie double pratiquée, une dizaine d'années auparavant, par un autre chirurgien. Cette femme, qui avait été ménopausée à la suite de l'opération, perdait quelques gouttes de sang depuis environ 2 mois. Au toucher, je trouvai un tout petit nodule épithéliomateux situé dans le col, l'utérus ayant été laissé lors de la castration ovarique. Comme la malade était très obèse, que la cure de l'éventration devait déjà être longue et que le cancer était parfaitement limité, je fis l'hystérectomie vaginale par le procédé des pinces. La guérison fut rapide ; et, quelques jours après, la cure de l'éventration était menée à bien. Cette malade, opérée depuis 20 mois, va très bien. Dans un autre cas de cancer du col, observé chez une femme de 64 ans, je pratiquai encore une hystérectomie vaginale par le procédé des pinces. Mais l'hémostase fut imparfaite et, séance tenante, je fis une laparotomie, au cours de laquelle je liai les ligaments et suturai le péritoine, laissant un petit drainage vaginal sous-péritonéal. Cette malade guérit et est encore bien portante depuis 15 mois.

Restent 9 cas d'épithélioma *étendu* survenus à l'âge moyen de la vie. Dans tous ces cas, après avoir curetté les fongosités cancéreuses et les avoir cautérisées, j'ai eu recours à l'hystérectomie abdominale, seule possible pour enlever la totalité des tissus malades. Dans la plupart j'ai commencé par bien circonscrire le mal par la voie vaginale ; il m'a toujours paru que, dans le cancer un peu propagé au tissu péri-utérin, il était utile de tailler au préalable une petite collerette vaginale, car l'isolement du vagin n'est pas toujours aisé par l'abdomen dans ces circonstances.

Les hystérectomies que j'ai pratiquées n'ont jamais été accompagnées de l'évidement pelvien, si tant est qu'il y ait un évidement pelvien à faire. Dans tous les cas, sauf dans un, j'ai enlevé l'utérus, les annexes et les ligaments larges ; dans tous, j'ai disséqué les uretères, qui, 4 fois, étaient englobés dans un prolongement du néoplasme. Jamais je ne me suis occupé des ganglions que je ne trouvais pas augmentés. Ces opérations ont toujours été laborieuses. Quels ont été les résultats ? Aucune guérison. Deux femmes sont mortes de l'opération. Une succomba, 1 mois après, à des accidents d'urémie, causés par une pyonéphrose, peut-être elle-même consécutive à l'opération. Les autres, au nombre de 6, ont toutes récidivé, non à distance dans les ganglions, mais dans

la cicatrice ou à son pourtour. Une d'elles a dû subir une colostomie iliaque en août dernier pour obstruction causée par la récidive, 11 mois après l'hystérectomie ; elle avait conservé de la première opération une fistule urétérale.

Au point de vue clinique et anatomo-pathologique, 2 parmi ces cas présentent un intérêt particulier. Dans l'un, il s'agissait d'un épithélioma qui avait paru inopérable, le toucher montrant l'utérus immobile, enclavé. Je pensai que l'enclavement était dû à des lésions annexielles ; la laparotomie démontra en effet que le cancer n'avait pas dépassé les limites de l'utérus, que l'organe était gros parce qu'il contenait des fibromes, qu'il était adhérent, immobile, parce que les annexes étaient suppurées.

L'autre cas à mettre en relief concerne une femme de 45 ans, atteinte d'un épithélioma du col compliqué de pyométrie. Au cours de l'hystérectomie abdominale, une pince à deux dents, placée sur l'utérus, ouvrit la cavité utérine ; un flot de pus fétide s'écoula. Je terminai rapidement l'opération et laissai en place les ovaires qui étaient sains. La malade guérit, mais elle revint 5 mois plus tard, avec une masse abdomino-pelvienne compliquée d'ascite, que je diagnostiquai cancer de l'ovaire. Je fis la laparotomie et ne pus tout enlever ; néanmoins, la malade guérit encore. L'examen histologique fut pratiqué ; il s'agissait non d'une propagation du cancer utérin à l'ovaire, mais bien d'un épithélioma primitif de l'ovaire, développé après la première opération. C'est la seule fois où j'ai laissé les annexes, et il est assez curieux d'avoir à relever, dans ce cas, cette complication si rare que je n'en ai pas trouvé d'autre exemple.

En résumant mes cas, au point de vue opératoire pur, je relève 2 hystérectomies abdominales pour cancer du corps avec 2 guérisons, 1 hystérectomie vaginale avec 1 guérison, 1 hystérectomie vaginale terminée par une laparotomie immédiate avec 1 guérison, 9 hystérectomies abdominales ou abdomino-vaginales avec 2 morts post-opératoires et 1 mort au bout d'un mois, par urémie.

Jusqu'à ce jour, les deux hystérectomies pour cancer du corps sont restées guéries ; de même l'hystérectomie vaginale pour épithélioma du col au début ; de même encore l'hystérectomie vaginale terminée par la laparotomie chez une vieille femme de soixante-quatre ans. Quant aux autres survivantes, dont deux

âgées de vingt-neuf et trente ans, elles ont toutes récidivé au niveau de la cicatrice ou à son pourtour. L'amélioration n'a été que de très courte durée, et la récidive n'a pas dépendu de la non ablation des ganglions pelviens.

Sauf dans des cas très limités, et en présence de circonstances particulières où la voie vaginale est recommandable, l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix. Le curage avec cautérisation au fer rouge sera toujours pratiqué la veille de l'opération. En commençant par tailler, dans un premier temps, une collerette vaginale, on favorise l'ablation de l'utérus par l'abdomen. L'exérèse sera aussi large que possible, mais sans aller systématiquement et dans tous les cas à la recherche des ganglions, parce que l'opération devient dès lors trop compliquée sans être reconnue jusqu'à ce jour parfaitement utile.

La fermeture complète de la séreuse sera toujours réalisée avec soin pour éviter l'infection péritonéale. Le drainage sera sous-péritonéal, vaginal simple ou abdomino-vaginal.

Pinard (Paris). — Pour ce qui est du cancer de l'utérus pendant la grossesse, M. Pinard, contrairement à ce que fait M. Zweifel, n'opère jamais ; il attend toujours le plus longtemps possible et cherche toujours à laisser la grossesse arriver à terme, et ce procédé lui a donné des résultats excellents ; cependant il faut faire attention à un point, c'est que le travail débute d'une façon très insidieuse ; il faut donc intervenir dès le début du travail, et la simple opération de Porro lui a donné des survies de deux ans.

De plus, M. Pinard rapporte trois cas opérés par voie vaginale depuis plus de sept ans sans récidive ; il insiste sur l'importance du diagnostic précoce, se basant sur ce que tous les résultats éloignés sans récidive provenaient de cas opérés tout au début ; il voudrait que tous les médecins fassent bien pénétrer dans l'esprit des femmes cette notion de curabilité du cancer pris au début.

Il faudrait habituer les femmes à consulter un médecin et à réclamer un examen gynécologique dès qu'il se produit le moindre trouble dans la sphère de leurs organes génitaux.

Krönig (Leipzig). — L'extirpation de l'utérus par voie abdominale est beaucoup plus simple et plus facile que par la voie vaginale quand le parametrium est envahi. D'autre part, il est absolument

convaincu que l'extirpation complète des ganglions est impossible, et comme M. Amann, il n'est pas persuadé que l'organisme ne puisse venir à bout de quelques cellules cancéreuses qui peuvent rester ainsi dans les tissus.

Treub (Amsterdam) se dit encore plus conservateur en chirurgie que son ami Pozzi et emploie parfaitement la voie vaginale. Comme la plupart des orateurs, il estime que les résultats dépendent moins de la technique employée que du diagnostic précoce, permettant l'opération précoce.

Jonnesco se félicite de ce que les partisans de l'opération vaginale diminuent de jour en jour et que ceux de la voie abdominale augmentent de même ; il répond à M. Zweifel au sujet d'un malentendu ; il est, à la suite de la discussion, convaincu de l'excellence de sa méthode plus simple, moins longue et plus rationnelle.

Pozzi dit que l'opération étendue proposée par M. Jonnesco ne pourra être jugée que dans trois ans, et il reste encore sur la réserve.

Wertheim revient sur quelques-uns de ses cas guéris depuis deux ans sans récidive ; lui aussi, il reste convaincu que l'hystérectomie abdominale, avec évidement du bassin, est l'opération de l'avenir.

DEUXIÈME QUESTION

L'HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Th. Tuffier (Paris). — Le 24 mars 1899, j'étais appelé par mon collègue Champetier de Ribes, accoucheur de l'Hôtel-Dieu de Paris, auprès d'une femme de son service atteinte d'infection puerpérale aiguë, contre laquelle tous les traitements usuels avaient échoué et dont l'état était tellement grave que mon collègue considérait cette femme comme irrémédiablement perdue (1). Il me deman-

(1) Je passe sur l'histoire de cette malade dont j'ai rapporté l'observation détaillée à la Société de chirurgie de Paris, *Bull. et Mém.*, t. XXV, 1899, p. 797.

dait si une opération plus radicale, telle que l'extirpation de l'utérus, ne parviendrait pas à sauver cette malade. Après m'être assuré qu'il n'existait aucun foyer apparent d'infection secondaire, je pensai que là était la seule chance de salut et, le soir même, je pratiquai l'hystérectomie vaginale. L'opération fut des plus faciles, et, le lendemain matin, la température qui, la veille, était à 41°,5, tombait à 37°, et le pouls, de 124 pulsations, descendait à 82. Ces chiffres normaux se maintinrent les jours suivants, et, un mois après, la malade quittait l'hôpital parfaitement guérie.

Je ne publiai point de suite ce succès, pensant que d'un seul fait on ne pouvait conclure à la valeur de l'hystérectomie comme méthode de traitement des infections puerpérales graves, mais j'attendis que l'occasion m'eût fourni de nouveaux cas ; en même temps je fis faire des recherches bibliographiques par mon élève R. Bonamy, recherches qui furent consignées dans sa thèse inaugurale (1). Et c'est ainsi que, le 26 juillet de cette même année 1899 seulement, je portai la question devant la Société de chirurgie de Paris, riche de deux observations personnelles nouvelles et de plusieurs observations recueillies dans la littérature française et étrangère (2). Les deux faits personnels nouveaux étaient deux insuccès, mais je n'en étais que plus à l'aise pour exposer et discuter cette nouvelle méthode thérapeutique. Dès cette époque, je limitai ma communication à l' « infection générale aiguë », laissant de côté les infections localisées et même les péritonites puerpérales, dont le traitement opératoire ne me paraissait plus discutable du moins quant au principe, et je n'envisageai que l'infection puerpérale généralisée, sans localisation péritonéale ou annexielle apparente.

Je crois bon de rappeler ici le tableau que je traçai alors de l'infection puerpérale aiguë, afin de bien préciser les conditions dans lesquelles j'étais intervenu :

« A la suite d'un accouchement normal ou prématuré, une femme

(1) R. Bonamy, *De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë*. Thèse de Paris, 1899.

(2) On m'a reproché d'avoir été chercher à l'étranger des faits démonstratifs. L'argument m'a paru au moins léger, car je ne crois pas que la vérité scientifique respecte les frontières : mes adversaires pourraient encore rétrécir le champ des observations en circonscrivant leur origine valable à une seule ville ou même à un seul hôpital.

est prise de frissons, la température monte à 38°,5, 39 et 40°, le pouls devient mou et rapide, il oscille entre 120 et 140 pulsations. Le ventre n'est pas douloureux, les parties latérales du globe utérin ne sont le siège ni d'empâtement ni de douleurs vives. Le teint devient jaune, et les yeux s'excavent. De suite, les injections de sérum, l'irrigation continue ou intermittente, le curettage sont mis à contribution, et, dans l'immense majorité des cas, la température tombe à 36, 37°, le pouls reprend sa force et diminue de rapidité, et tout rentre rapidement ou progressivement dans l'ordre normal. Dans quelques cas — et ce sont ceux-là auxquels je me suis adressé — malgré le traitement le mieux conduit par le chirurgien ou l'accoucheur le plus expérimenté, les accidents continuent : les frissons se répètent, la température se maintient élevée ou monte à 40°,5, 41°, 41°,5, le pouls reste au-dessus de 120 il est mou, dépressible les urines diminuent, la peau devient jaune terreux, les veines sont noirâtres, les téguments se marbrent, du dubdelirium apparaît. Au milieu de tout ce cortège symptomatique d'un dénouement fatal, pas de ballonnement du ventre, pas de sensibilité pelvienne, pas de vomissements, aucune localisation viscérale infectieuse, l'utérus est légèrement sensible à la pression, il laisse écouler un liquide qui peut n'être ni fétide, ni purulent, et le médecin ou l'accoucheur qui suivent la maladie déclarent la malade perdue et de fait elle succombe. A l'autopsie on ne trouve de suppuration nulle part » (1). Dans les cas de ce genre, où l'utérus est manifestement le foyer des produits toxi-infectieux dont chaque frisson, chaque élévation de température indiquent une nouvelle pénétration dans le torrent circulatoire, l'hystérectomie est-elle justifiée, l'ablation de l'utérus peut-elle enrayer les accidents, comme l'ablation de l'appendice jugule les signes de toxi-infection qui accompagnent l'appendicite ? Telle est la question que je posai devant mes collègues de la Société de chirurgie.

M'appuyant sur l'analyse de mes observations personnelles, ainsi que sur les faits et les opinions recueillis dans la littérature, je démontrai d'abord que l'hystérectomie était justifiée en pareil cas, puis j'étudiai les procédés opératoires mis en œuvre par les différents auteurs et les résultats qu'ils avaient fournis ; enfin j'abordai la question des indications opératoires. — Sur ce dernier point, je

(1) TUFFIER, *loc. cit.*, p. 796.

fus obligé de conclure que, pour le moment et en l'absence de faits plus nombreux et mieux étudiés, ces indications étaient très difficiles à établir, et cette constatation simple et vraie de ma part a « au moins étonné » mes collègues : j'ajoutai qu'il fallait compter surtout sur l'expérience de nos collègues accoucheurs pour nous renseigner à cet égard.

Ma communication n'eut guère d'écho, du moins en France, il en fut de même de la thèse de mon élève Bonamy et du Mémoire que je publiai avec lui sur ce même sujet et à la même époque dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (1). Les accoucheurs, en particulier, laissèrent mon appel sans réponse. Il fallut l'occasion d'une présentation de pièce faite à la Société de chirurgie par mon collègue Picqué (2) pour provoquer sur cette question une importante discussion. Et cependant j'avais apporté dans ce débat le résultat de nos recherches effectuées dans le domaine de la littérature et l'analyse minutieuse de tous les cas que j'avais rencontrés et qui m'avaient paru aptes à être versés au dossier (3). Je croyais avoir établi irréfutablement la légitimité de l'hystérectomie dans certains cas d'infection puerpérale généralisée aiguë en m'appuyant sur les lésions constatées sur la plupart des utérus enlevés, et j'avais signalé une indication opératoire que Prochownick (4) avait cru découvrir dans l'examen bactériologique du sang des infectées. Les faits de Prochownick étaient intéressants ; je crois bon de les rappeler brièvement :

« Dans tous les examens hématologiques positifs, le microbe exclusivement trouvé a été le streptocoque. — Toutes les femmes *non opérées*, dans le sang desquelles le streptocoque a été trouvé, sont *mortes ;* les deux seules *opérées* ont guéri. Toutes les femmes

(1) Tuffier et Bonamy, De l'Hystérectomie dans l'infection puerpérale, *Revue de gynéc. et de chir. abd.*, juillet-août 1899, n° 4, p. 579.

(2) L. Picqué, De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés de septicémie puerpérale ; hystérectomie supra-vaginale suivie de succès, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1901, t. XXVII, p. 124.

(3) Tuffier, De l'hystérectomie dans la maladie puerpérale aiguë compliquée d'accidents septicémiques, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1901, t. XXVII, p. 238.

(4) Prochownick, Die Auschneidung der puerperalen-septischen Gebärmutter, *Monats. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1890, Bd. IX, 756, etc. ; Bd. X, p. 14.

chez lesquelles l'examen du sang est resté négatif, sauf deux, atteintes de péritonite purulente par pénétration directe des streptocoques dans le péritoine à travers une déchirure intéressant à la fois le col et le cul-de-sac vaginal, ont guéri, malgré parfois l'existence des symptômes d'infection les plus graves. » Et Prochownick concluait que « toutes les fois qu'on trouve du streptocoque dans le sang des infectées, l'hystérectomie se trouve indiquée, ce streptocoque étant le signe d'une pyohémie dont le point de départ est dans l'utérus ».

Je m'étais néanmoins contenté de signaler ces faits sans les discuter, n'ayant pas eu l'occasion, sauf dans un cas, sur lequel je reviendrai tout à l'heure, d'en vérifier l'exactitude. Et mes conclusions relativement aux indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale généralisée aiguë restaient telles que je les avais formulées dans mon premier mémoire : échec des moyens de traitement habituels, progression croissante des accidents graves reconnus tels par un accoucheur expérimenté. En terminant, je réclamai le concours de nos collègues en obstétrique, « les seuls compétents et juges en cette matière ». Mon souhait, cette fois, fut exaucé. Quelques mois plus tard, à l'occasion d'une observation communiquée par MM. Demelin et Jeannin, la question de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale vint devant la *Société d'obstétrique de Paris*. Je dois avouer toutefois que, parmi les accoucheurs : Tissier, Porak, Budin, Maygrier, Thoyer, Rozat, Boissard, Perret, Macé, qui prirent part à la discussion, il n'en est que quelques-uns qui admirent la légitimité de l'hystérectomie dans des cas exceptionnels et avec des indications très limitées ; les autres se montrèrent franchement hostiles à l'invasion, par les chirurgiens, d'un domaine que les accoucheurs avaient toujours considéré comme étant exclusivement le leur. Les arguments qu'ils firent valoir, je les reproduirai plus loin : il n'en est pas de positif, et le problème, après discussion, est resté entier. Si j'ajoute que je n'ai pas trouvé davantage d'éléments nouveaux dans les rares communications ou publications faites depuis un an à l'étranger, on comprendra avec quelle satisfaction j'ai accepté l'honneur de porter la question devant le Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Rome. Peut-être trouverai-je ici, dans les documents apportés par mes savants collègues, des arguments plus décisifs

que ceux que j'ai pu invoquer jusqu'alors pour défendre la cause de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

Le titre de ce Rapport est conçu ainsi : *Indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.* Je crois qu'il importe, avant toutes choses, d'expliquer et de préciser davantage ce titre, auquel je reproche d'être un peu vague et de ne pas traduire très exactement, je crois, la pensée de ceux qui l'ont formulé.

L'infection puerpérale affecte des modes et des degrés divers, si bien que l'on peut dire qu'il n'y a pas *une infection*, mais *des infections* puerpérales ; il y a *des infections localisées* : métrites, annexites, périmétrites ; il y a des *infections péritonéales* plus ou moins étendues ; il y a, enfin, *l'infection généralisée* à tout l'organisme. Il y a *l'infection aiguë* ou même *suraiguë*, qui survient dans les premiers jours ou dans les premières heures qui suivent l'accouchement et qui peut évoluer d'une façon foudroyante, et il y a *l'infection subaiguë*, qui peut se prolonger pendant des semaines et des mois. Il y a l'infection qui reconnaît comme point de départ une *plaie du périnée* ou du *vagin*, *déchirure des culs-de-sac* ou une *rupture utérine*, et il y a l'infection partie de la *cavité utérine* elle-même et des *parois* qui la limitent, et celle-ci comprend la *métrite septique vraie* et la *métrite septique compliquée* par la présence d'un *placenta adhérent*, d'un *fibrome sphacélé*, d'un *cancer*, ou même d'une *môle infectée*.

Or, dans les publications et discussions auxquelles a donné lieu le traitement chirurgical de l'infection puerpérale, on a invoqué tour à tour et enchevêtré tous ces cas disparates, en sorte que la question, au lieu de se trouver éclaircie par cette accumulation de faits, s'est obscurcie davantage encore. Il importe une fois pour toutes de mettre les choses au point et de bien limiter le sujet de nos débats.

Les infections localisées : métrites, annexites, perimétrites ; les péritonites plus ou moins généralisées doivent être écartées, ainsi que les affections qui ont leur point de départ dans une lésion du périnée, du vagin, une déchirure des culs-de-sac ou une rupture utérine. Ici, en effet, les indications thérapeutiques sont le plus souvent faciles à établir et ne comportent guère la discussion du principe : « la chirurgie est dans son domaine », et les incisions, extirpations, drainages ou sutures sont de droit. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'une complication des suites de couches par la pré-

sence d'un fibrome, d'un cancer, d'une môle, d'un placenta adhérent, *lorsque le diagnostic de cette complication a pu être fait par l'examen de la malade ;* dans ces cas encore, les indications de l'intervention chirurgicale me semblent évidentes et indiscutables, mais encore faut-il que ces états pathologiques puissent être précisés : sans cette distinction, le tableau clinique de l'infection puerpérale qui leur est consécutif est identique et tout aussi menaçant que celui de l'infection simple.

La question n'est donc pas là, et le problème à résoudre porte tout entier sur *l'infection puerpérale généralisée, reconnaissant pour cause une métrite septique vraie post abortum ou post partum.* Voilà une première grande division qu'il importait d'établir et qui limite déjà singulièrement le champ de nos discussions. Mais je crois que ce dernier peut être réduit davantage encore.

Le chirurgien, appelé auprès d'une femme infectée, peut, en effet, se trouver en présence de l'une ou de l'autre des deux situations suivantes : ou bien l'accouchement ou l'avortement est de date récente, il s'agit d'une infection puerpérale généralisé suraiguë ou aiguë remontant à quelques heures ou à quelques jours seulement ; ou bien les accidents ont débuté il y a des semaines déjà, ou même des mois, et ont évolué d'une façon moins bruyante, il s'agit d'une infection subaiguë prolongée. Or, dans ce dernier cas, généralement l'utérus n'est plus seul et immédiatement en cause, et ce sont des suppurations péri-utérines ou métastatiques pleuro-pulmonaires, rénales, hépatiques, spléniques, qui entretiennent l'infection. Tel est précisément le cas de Picqué auquel je faisais allusion tout à l'heure (1), cas dans lequel les accidents duraient déjà depuis des semaines, où l'utérus, à la vérité, était farci d'abcès, mais petit et ayant déjà terminé sa régression et où il existait surtout de la suppuration des ligaments, suppuration qui, dans l'état de la malade, jouait un rôle au moins aussi grand que l'infection utérine qui l'avait causée. Tel est encore le cas de Monzie (2) opéré plus de 2 mois après l'accouchement, et dans lequel il existait, non seulement une double suppuration intraligamentaire, mais, semble-t-il, des complications pulmonaires infectieuses. J'en pourrais citer d'autres exemples encore que j'avais déjà éliminés

(1) Picqué, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1901, t. XXXII, p. 124.

(2) Tissier, *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1901, t. IV, p. 335.

du dossier de mes premières communications. Or, dans ce cas d'infection puerpérale généralisée *subaiguë prolongée*, les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale, et de l'hystérectomie en particulier, sont en général aisées à établir : elles dépendent avant tout du siège et de l'étendue des suppurations secondaires, péri-utérines et métastatiques, et de l'état général du sujet, et on comprendra que je n'y insiste pas : j'ai hâte d'entrer dans le vif du sujet.

Les infections localisées et les infections généralisées subaiguës étant écartées, il ne nous reste plus à envisager que le problème de l'intervention chirurgicale dans les *infections aiguës :* c'est le seul qui, je pense, doit servir de thème à nos discussions et auquel s'applique l'esprit, sinon la lettre, du titre imposé à mon rapport par le Comité organisateur de ce Congrès.

Ce problème se pose de la façon suivante : « En face d'une infection aiguë, survenant dans les jours qui suivent la parturition et non compliquée, au moins en apparence, d'éléments étrangers à l'accouchement normal, convient-il de recourir à l'hystérectomie, et dans quelles conditions ? » — Ce qui revient à résoudre les deux points suivants :

1° *L'hystérectomie est-elle justifiée dans l'infection puerpérale aiguë ?*

2° *Quelles sont les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë ?*

Je vais étudier successivement ces deux points.

I. L'HYSTÉRECTOMIE EST-ELLE JUSTIFIÉE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE AIGUE? — Pour établir la légitimité de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë, il faut pouvoir démontrer que l'*utérus est la source sinon unique, du moins suffisante, des accidents observés et que les lésions utérines sont telles qu'elles échappent à toute thérapeutique locale autre que l'ablation totale de l'organe.* Donc deux ordres d'arguments en faveur de la légitimité de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë : 1° *anatomo-pathologiques ;* 2° *cliniques.*

1° *Arguments anatomo-pathologiques.* — A l'heure actuelle, le chiffre des hystérectomies pour infection puerpérale est déjà élevé. Malheureusement, je le répète, la grande majorité des observations est inutilisable pour les besoins de la cause que je défends

devant vous, car elles ont trait à des cas d'infection locale chronique ou compliquée fort divers et qui ne peuvent être comparés entre eux. D'autre part, plusieurs des observations que je pourrais retenir parce qu'elles concernent les infections généralisées aiguës sont tellement incomplètes, au moins quant aux descriptions anatomo-pathologiques, qu'il devient impossible de les faire entrer en ligne de compte pour l'appréciation des lésions présentées par l'utérus puerpéral. Cependant j'ai pu relever quelques exemples typiques qui montrent bien que l'utérus était l'unique source des accidents infectieux observés et que la nature des lésions était telle qu'elles échapppaient totalement à nos moyens habituels de traitement. On retrouvera la plupart de ces cas dans mon deuxième mémoire à la Société de chirurgie de Paris (1), où je les ai analysés en détail. Depuis je signalerai :

L'observation V de J.-L. Faure (2), où non seulement la face antérieure de l'utérus était tapissée de débris sphacélés, mais où les parois de l'organe étaient infiltrées et présentaient par place des abcès interstitiels. Pas de localisation péritéonale ni autre ;

L'observation VI du même auteur, où une grose masse placentaire était restée implantée au niveau de la corne utérine gauche malgré 2 curettages ;

Son observation VII, enfin, où l'utérus contenait, enchatonné dans sa corne gauche, un large débris placentaire infecté échappé au curettage ;

Les 2 cas de Mouchotte et Carton (3), où l'utérus présentait non seulement des lésions superficielles de sa face interne, mais des altérations profondes de ses parois portant principalement sur les veines et sur les lymphatiques (endophlébite, thromboses) ; les streptocoques et le b. perfringens abondent dans la lumière et les parois des vaisseaux, ainsi que dans les végétations de l'endoveine. Dans l'un de ces cas, les lésions utér ines furent les seules

---

(1) Tuffier, De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1901, t. XXVII, p. 239.

(2) J.-L. Faure, Sur le traitement de l'infection puerpérale aiguë par l'hystérectomie vaginale, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1901, t. XXVII, p. 335.

(3) Mouchotte et Carton, *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, janv. 1902, p. 126.

constatées à l'autopsie : je laisse, en effet, de côté les altérations du foie et de la rate signalées dans cette observation — comme d'ailleurs aussi dans la seconde — car c'étaient manifestement des altérations survenues *post mortem*, ainsi que le déclarent les auteurs et le professeur Cornil ;

La malade de Budin, opérée par Bouglé (1), où l'utérus ne renfermait aucun débris placentaire, ne présentait aucune fongosité ni aucune ulcération appréciable de la muqueuse; le cul-de-sac de Douglas ne renfermait pas de pus ; mais, par contre, il existait, dans l'épaisseur de la paroi musculaire de l'utérus, de petits abcès du volume d'un grain de mil ou d'un petit pois ;

Les deux cas d'abcès de la paroi utérine observés par M. Budin lui-même (2), l'un sur la table d'autopsie, l'autre au cours de l'exploration digitale de la cavité d'un utérus puerpéral ; ce dernier abcès se perfora spontanément quelques jours après, et la malade guérit ;

Enfin les cas signalés par Franqué (3) : 7, dont 1 personnel, d'infiltration purulente de la paroi utérine ; quelques-uns de ces cas avaient déjà été rapportés dans mon second mémoire à la Société de chirurgie.

Mais il est un troisième groupe de faits — en dehors de l'adhérence ou de l'enchatonnement placentaire et de l'infiltration purulente des parois utérines — sur lequel je tiens à attirer votre attention ; ce sont ceux où l'utérus puerpéral est le siège de *foyers gangréneux*. M. Picqué (4) et Maygrier (5) avaient déjà insisté sur ces faits, l'un à la Société de chirurgie, l'autre à la Société d'obstétrique de Paris. Décrite par les Allemands sous le nom de *metritis dissecans*, la gangrène de l'utérus a fait, en 1900, l'objet d'un travail remarquable de Beckmann (6), de Saint-Pétersbourg. Cet auteur en a rapporté 40 observations, dont 15 personnelles. La gangrène utérine survient généralement à la suite d'une

---

(1) PERRET, *Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris*, 1901, t. V, p. 162.

(2) BUDIN, *Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris*, 1901, t. IV, p. 345.

(3) O. FRANQUÉ, Uterus-Abcess and Metritis dissecans, *Sammlung. Klin. Vorträge*, n° 115, octobre 1901.

(4) PIQUÉ, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1901, t. XXVII, p. 343.

(5) MAYGRIER, *Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris*, 1901, t. IV, p. 669.

(6) W. BECKMANN, Die puerperale Uterusgangran, *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1900, Bd. XLII, Hft 3, 423.

infection streptococcique causée par les manœuvres opératoires, mais elle peut être aussi la conséquence d'une rétention des membranes ou d'une maladie générale, telle que le typhus, la syphilis, la tuberculose. Les streptocoques, en formant des embolies microbiennes nécrosent le terrain où évoluent secondairement les bacilles de la putréfaction.

Totale ou partielle, la gangrène utérine s'accompagne d'ordinaire d'infiltration purulente de la paroi ; les parties gangrenées représentent des portions nécrosées de tissu conjonctif et de muscle atteintes de dégénération graisseuse. Je dirai plus loin à quels signes cliniques on reconnaît la gangrène de l'utérus. Pour le moment, il importe surtout de savoir que c'est une affection très grave, qui peut amener la mort de deux façons : par l'élimination de la portion nécrosée et la perforation utérine qui en est la conséquence ; ou, avant la déhiscence de la portion nécrosée, par l'infection généralisée, qui est le résultat des lésions suppuratives concomitantes de la paroi utérine. Le pronostic est donc grave, puisque, sur 40 femmes, 11 ont succombé, ce qui donne une mortalité de 27,5 p. 100. Il importait de signaler cette variété de lésions puerpérales de l'utérus, éminemment justiciables de l'hystérectomie et dont M. Maygrier (*loc. cit.*) a présenté récemment encore 2 cas fort suggestifs à la Société d'obstétrique de Paris.

Adhérence exagérée ou enchatonnement du placenta, infiltration purulente ou gangrène des parois utérines : voilà donc des lésions utérines qui échappent à l'action de nos moyens habituels de thérapeutique locale, lavage, écouvillonnage, curettage, et qui justifient l'emploi de l'hystérectomie. Mais je dis que ces lésions ne sont pas les seules à démontrer la légitimité de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, et que celle-ci trouve encore sa justification même dans les cas où l'utérus ne présente *pas de lésions macroscopiques* apparentes, mais où ses parois, farcies de microbes, doivent être considérées comme un véritable « laboratoire », qui déverse le poison à jets continus ou intermittents dans le torrent circulatoire et qui ne peut être détruit que par la suppression de l'utérus. Ici encore, lavages intra-utérins, écouvillonnage, curettage ne peuvent rien contre des germes qui ont franchi la muqueuse et gagné les couches profondes de l'utérus, les veines et les lymphatiques ; et, quant à la valeur du sérum

antistreptococcique qui atteindrait ces germes jusque dans leurs cantonnements les plus reculés, son procès a été fait depuis longtemps, et les observations ne se comptent plus où, même dans les infections bénignes, son emploi a été suivi de l'échec le plus complet.

Pour en revenir aux infiltrations microbiennes profondes de la paroi utérine, faut-il rappeler comme typiques les cas de Pourtalès et de Prochownick, que j'ai déjà cités dans mon deuxième mémoire à la Société de chirurgie : celui de Pourtalès (1), où l'utérus présentait, au niveau de l'insertion placentaire, « des thrombus veineux, grands et petits, dont une partie était infectée et contenait quantité de microbes » ; celui de Prochownick (2), où l'utérus était comme imbibé, jusque dans les couches les plus profondes, de streptocoques ? — Il en était de même dans une pièce d'hystérectomie vaginale récemment communiquée par H.-J. Boldt (3) à l'Académie de médecine de New-York. — Dans le cas de Maygrier (4), l'utérus enlevé était petit, en apparence sain, mais les parois étaient farcies de microbes ; la malade mourut, et l'autopsie resta négative au point de vue de toute autre lésion organique : il n'y avait absolument aucun autre foyer infectieux que l'utérus. L'utérus enlevé par Queirel (5) était volumineux, de consistance spongieuse, avec muqueuse épaissie, sphacélée, mais une enveloppe péritonéale saine ; microscopiquement, il existait des lésions profondes d'endométrite septique avec dégénérescence granulo-graisseuse et vitreuse de la couche utérine des fibres musculaires et infiltration embryonnaire uniformément *étendue dans toute l'épaisseur de l'utérus ;* bactériologie : streptocoques très nombreux associés à des cocci indéterminés.

Je pourrais multiplier ces exemples, si je voulais les prendre dans les comptes rendus nécropsiques des nombreux cas d'infection puerpérale non opérés que renferment les mémoires et les statistiques publiés dans ces dernières années. Ceux que je viens de citer, et qui proviennent tous de malades opérées d'hystérec-

---

(1) Pourtalès, *Archiv für Gynäk.*, 1899, t. LVII, p. 53.
(2) Prochownick, *Monatsschr. f. Geburtsh* 1899, Bd IX, p. 17.
(3) Boldt, *Acad. de Méd. de New-York*, séance du 27 mars 1902.
(4) Maygrier, *Bull de la Soc. d'obstétr. de Paris*, 1901, t. IV, p. 365.
(5) Queirel, *Leçons de clinique obstétricale*, Steinheil, édit., Paris, 1902, p. 216.

tomie, suffiront, je pense, à prouver que, dans certains cas d'infection puerpérale, les lésions utérines sont telles qu'elles échappent à nos moyens habituels de traitement et qu'elles ne sont justiciables que de l'éradication totale.

2. *Les arguments cliniques* viennent, d'ailleurs, corroborer les faits anatomo-pathologiques précédents.

La mortalité par infection puerpérale, malgré tous les moyens prophylactiques et thérapeutiques employés pour la combattre, reste encore trop grande. Les statistiques anglaises n'accusent-elles pas une mortalité de plus de 1.000 femmes par an ? En Allemagne, elle est plus considérable encore : les chiffres officiels donnent 10.000 à 12.000 accouchements suivis de septicémie, sur lesquels 4.000 à 5.000 parturientes succombent, et cependant les infections puerpérales consécutives aux avortements ne figurent-elle pas dans cette statistique (1). Sans doute on m'objectera que la plupart de ces femmes succombent parce qu'elles ont été mal soignées ou soignées trop tardivement. Mais même en ne tenant compte que de la mortalité dans nos grandes Maternités parisiennes, par exemple, Maternités pourtant si bien installées et dirigées, « il est facile de se convaincre (je cite les chiffres et les termes mêmes des adversaires de la méthode nouvelle — à la Société de chirurgie de Paris) (2) que la mortalité véritable des infections puerpérales graves oscille autour de 10 p. 100 ». Ces 10 p. 100 — en admettant que ce chiffre ne soit pas inférieur à la réalité — représentent donc tous les cas qui ont résisté « aux soins ordinaires : écouvillonnages, curettages, injections intra-utérines, etc. » et dont une partie au moins — j'en ai donné les preuves anatomo-pathologiques tout à l'heure — relève de l'hystérectomie. — Quelle est la proportion de ces cas justiciables de l'hystérectomie ? A quels signes les reconnaîtrons-nous ? C'est-à-dire quelles sont les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale ? Tel est précisément le point difficile du problème, l'objet même de ce rapport et la juste préoccupation des médecins et des accoucheurs ; c'est le point culminant de cette étude, et rien

(1) Prochownick, *Monatschr. f. Geburtsch. u. Gynäk.*, 1899, Bd. IX, p. 757.

(2) Ricard, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 271.

ne prouve que nous l'atteindrons ; si nous pouvons nous en rapprocher, nous aurons déjà fait œuvre utile et recommandable.

Pour établir définitivement la légitimité de l'hystérectomie, il me resterait encore à prouver son *efficacité* dans les cas que j'ai signalés comme relevant d'elle. Malheureusement, je ne dispose pas sur ce chapitre de statistiques irréprochables et qui puissent être considérées comme absolument convaincantes. Pour être irréprochable, en effet, une statistique de ce genre ne devrait renfermer que des cas d'infection puerpérale généralisée aiguë traités par l'hystérectomie après échec bien avéré des moyens de thérapeutique locale habituels et avant l'apparition de complications secondaires, capables à elles seules d'aggraver l'état des malades au point de rendre l'hystérectomie parfaitement inutile. Il faudrait, en outre, que ces observations fussent absolument complètes, c'est-à-dire qu'elles continssent, outre l'histoire et l'examen clinique détaillé de la malade, l'examen bactériologique du sang et des produits de sécrétion ou de raclage de l'utérus, le compte rendu exact de l'opération et de ses suites, le résultat de l'examen anatomo-pathologique des pièces enlevées et enfin, quand il y a lieu, le procès-verbal minutieux de l'autopsie. A ces conditions seulement une observation peut être considérée comme irréprochable et digne d'entrer dans une statistique.

Or je puis dire que la très grande majorité des observations qui ont servi à étayer les statistiques d'hystérectomies pour infection puerpérale ne répondent nullement à ces conditions, ce qui fait qu'elles sont toutes critiquables et ont été, en effet, toutes critiquées. Un certain nombre de ces observations sont cependant indiscutables et valent comme la preuve de la légitimité de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, comme moyen à employer en dernier ressort. Si faible qu'en soit le chiffre — leur nombre ne dépasse pas 20, d'après mes évaluations les plus récentes — il suffit à prouver qu'en présence des 10 p. 100 de cas d'infection puerpérale grave qui échappent aux moyens habituels de traitement et qui tuent les malades, nous avons le droit et le devoir de chercher à les sauver.

II. Quelles sont les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aigue ? — Je crois que, pour bien étudier cette question si complexe, si difficile, et pourtant si importante,

il faut envisager séparément les deux conditions fort différentes dans lesquelles le chirurgien se trouve appelé à traiter une femme atteinte d'affection puerpérale :

Ou bien il s'agit d'une femme infectée depuis plus ou moins longtemps, chez laquelle ont été essayés sans succès tous les traitements habituels de l'infection puerpérale : injections intra-utérines, irrigation continue, écouvillonnage, curettage, injections sous-cutanées ou intraveinenses de sérum antistreptococcique, bains froids, etc., et que le médecin ou l'accoucheur nous livrent dans un état grave, souvent désespéré, « parce qu'ils ne peuvent plus rien faire, et qu'il y a peut-être encore pour la malade une chance de salut dans une intervention chirurgicale » — ou bien nous sommes appelés tout au début d'une infection puerpérale qui s'annonce comme grave d'emblée, et il s'agit de poser des indications thérapeutiques précises, c'est-à-dire de prévoir si la malade guérira par les méthodes thérapeutiques usuelles, ou si son état exige une opération plus radicale, telle que l'hystérectomie.

Pour cette seconde question je me récuse formellement, et je crois qu'il est matériellement impossible, dans l'état actuel de la science, d'oser formuler une thérapeutique radicale, et je ne puis défendre ici cette hystérectomie d'emblée.

Le premier cas, il faut bien le dire, est celui qui se présente le plus fréquemment : les accoucheurs et les médecins ne nous envoient guère leurs malades que quand ils ont épuisé chez elles tous les traitements conservateurs habituels. Je me garderai bien de critiquer leur conduite ; nous n'avons tous qu'un seul but — sauver la vie de nos malades. — Nous pouvons différer dans l'application des moyens, mais je déplore et je proscris ces discussions, dans lesquelles la violence d'expression, l'argumentation personnelle, ou le reproche d'oublier les lois inviolables envers nos opérées tiennent lieu de démonstration scientifique ou de recherches impartiales de la vérité.

Ces femmes sont généralement dans un état des plus lamentables, presque moribondes, et quand nous les opérons, c'est, pour ainsi dire, la main forcée, et sans que nous puissions nous attarder beaucoup à discuter les indications opératoires. La seule indication, ici, réside, en effet, dans l'échec de tous les autres traitements employés, dans l'impuissance avouée de l'accoucheur, et dans la mort presque inévitable de la femme si on l'abandonne

à son sort. Cependant, il ne faut pas aller aussi loin que le veut Rochard, quand il écrit « qu'on peut tout tenter chez les malades qui sont irrévocablement perdues » (1). Il y a une limite qui doit arrêter le chirurgien le plus hardi, et quand une femme nous arrive en hypothermie, avec un pouls filant, les extrémités froides, le sensorium aboli, quand le foie, la rate et les reins, tous les viscères, l'organisme tout entier, sont infiltrés par les microbes et leurs poisons, le chirurgien n'a plus qu'à se retirer, et à céder la place à ceux qui sont chargés des derniers devoirs. Dans ces cas vraiment, l'opération donnerait « le coup qui achève », et c'est pour avoir opéré trop souvent de ces cas *in extremis* que les chirurgiens ont si terriblement chargé les tables de mortalité de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. Nous revoyons ici ce qui s'est passé toutes les fois que la chirurgie à cherché à étendre son champ d'action : ce sont les cas désespérés qu'on lui livre tout d'abord. N'avons-nous pas vu les hernies irréductibles et énormes regardées comme seules justiciables de la cure radicale, les fibromes remplissant l'abdomen comme seuls dignes de l'hystérectomie ? Et n'assistons-nous pas actuellement encore à la chirurgie des dernières heures des cancéreux de l'estomac ?

En dehors de ces cas extrêmes, il existe des malades chez lesquelles la progression croissante des accidents, malgré le traitement judicieux mis en œuvre, fait craindre un dénouement fatal. Pouvons-nous trouver alors dans l'état général ou dans l'état local un symptôme qui nous commande l'hystérectomie, et si ce critérium nous manque, trouverons-nous dans l'ensemble des signes observés une indication opératoire ?

Essayons, en procédant méthodiquement, de dégager des faits que nous connaissons les renseignements qui peuvent nous intéresser, et pour cela passons successivement en revue ceux que peuvent nous fournir :

L'*histoire des malades*, ou du moins *les circonstances qui ont accompagné le dernier accouchement* ou *avortement*, origine de l'infection puerpérale actuelle ;

L'*examen général et local des malades*, c'est-à-dire l'étude des *symptômes généraux*, *de la température*, *du pouls* et *l'examen minutieux de l'utérus et de toute la zone génitale ;*

(1) *Bull. et Mém. de la Société de chir. de Paris*, 1901, p. 206.

Enfin *l'examen bactériologique du sang*, ainsi que celui des *produits de sécrétion ou de raclage de la cavité utérine.*

I. Dans *l'histoire étiologique de l'infection*, il importe d'établir une première distinction entre les avortements et les accouchements. J'ai montré, dans mon second Mémoire à la Société de chirurgie (1), que la mortalité est proportionnellement beaucoup plus considérable pour les hystérectomies pratiquées dans les premiers mois de la grossesse que pour les opérations faites à terme ou près du terme. Cela tient, je crois, avant tout à ce que souvent l'avortement est le résultat de manipulations suspectes, instrumentales ou non ; aussi comprend-on facilement que, dans ces cas, l'infection puisse être excessivement virulente et rapide, et justiciable d'une intervention plus énergique.

Lorsqu'il s'agit d'une *infection par les mains du médecin ou de la sage-femme*, au cours ou à la suite d'un avortement ou d'un accouchement, il importe de pouvoir se renseigner sur les circonstances dans lesquelles aura eu lieu cette infection des mains de l'accoucheur. C'est ainsi que la malade de l'observation III de Prochownick (2) fut gravement infectée et succomba, malgré l'hystérectomie, à la suite d'un simple toucher — pratiqué pourtant avec toutes les précautions d'une antisepsie rigoureuse — par un médecin qui le jour même avait fait un curage digital, pour rétention *post abortum*, chez une femme gravement infectée, et qui succomba d'ailleurs en quelques jours. Le chirurgien devra surtout porter son attention sur ces cas d'infection ayant débuté avant l'accouchement, au cours de la grossesse, cas signalés depuis longtemps par les accoucheurs comme particulièrement graves, à tel point qu'ils ont parfois nécessité l'opération césarienne suivie d'une Porro ou d'une hystérectomie abdominale totale.

Récemment, à propos d'un cas opéré par lui, et de la discussion qui suivit à la Société d'obstétrique de Paris (3), M. Demelin a attiré l'attention sur une cause, rare il est vrai, mais singulièrement grave d'infection puerpérale ; je veux parler de la *putréfaction fœtale intra-utérine*, considérée généralement jusqu'ici par les accoucheurs comme relativement bénigne. M. Demelin a pu

(1) Tuffier, *Bull. et Mémoire de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 247.
(2) Prochownick, *Monatsch. für Geburtsh. u. Gynäk.*, 1899, t. X, p. 19.
(3) Demelin, *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, t. IV, 1901, p. 346.

recueillir, tant dans les principales Maternités parisiennes qu'en ville, et dans un laps de temps de 10 années (de 1890 à 1901), 20 cas de putréfaction fœtale intra-utérine, avec 7 morts, soit 35 p. 100 de mortalité, chiffre beaucoup plus élevé que celui qui est donné par les cas graves d'infection puerpérale en général (10 p. 100).

Mais ce sont les *manœuvres et opérations obstétricales* qui jouent évidemment le plus grand rôle dans l'étiologie de l'infection puerpérale ; par les lésions plus ou moins étendues et profondes qu'elles déterminent souvent sur les parois utérines, elles sont l'occasion d'infections graves.

Enfin, *l'existence d'un fibrome*, échappant actuellement à l'exploration locale à cause de l'hypertrophie générale des parois utérines dans les premiers jours de la puerpéralité, mais qui était connue de la malade ou de son médecin antérieurement à la grossesse, peut et doit faire songer à une complication infectieuse partie de cette tumeur. Or les complications dont j'ai cité des exemples dans mon mémoire à la Société de chirurgie, auquel j'ai fait plusieurs fois allusion, sont le plus souvent très graves. Dans ces cas évidemment, tous les traitements locaux habituels, qui s'adressent uniquement à la muqueuse utérine, sont d'avance frappés d'insuccès ; c'est à la tumeur qu'il faut s'attacher et il n'y a guère que l'hystérectomie qui soit ici de mise. Il en est de même lorsque les commémoratifs indiquent d'une façon certaine une *rétention placentaire ;* dans ces cas, si l'exploration intra-utérine est négative (voyez les cas de Brindeau et de Maygrier (1) si démonstratifs), il faut songer à un *enchatonnement placentaire* et procéder d'emblée à l'hystérectomie, la seule opération qui soit logique en pareille circonstance.

Tous ces faits, tirés de l'histoire de la malade, doivent entrer en ligne de compte dans l'établissement du pronostic de l'infection puerpérale, mais aucun d'eux, si j'en excepte les derniers, ne peut nous conduire à une thérapeuthique radicale : nous devons donc chercher ailleurs nos indications de l'hystérectomie.

L'étude attentive des symptômes généraux et locaux et des lésions présentés par les malades peut-elle nous fournir des données précieuses quant aux indications opératoires ? Si le tableau de l'in-

(1) *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, t. V, 1902, p. 33.

fection puerpérale grave se réduisait aux quelques traits esquissés devant la Société de chirurgie de Paris, ils seraient parfaitement insuffisants, comme nous-mêmes, chirurgiens, sommes insuffisants à les apprécier ; mais quand une femme, à la suite d'un avortement ou d'un accouchement, est prise d'une fièvre intense, avec frissons répétés, que son pouls devient rapide, petit et mou, sa respiration anxieuse et superficielle, que ses yeux s'excavent, que son teint et sa langue prennent, l'un cette coloration jaune terreux, l'autre cet aspect grillé si caractéristique, que les téguments se marbrent, que le ventre se météorise, qu'il y a de la diarrhée, de la diminution des urines, des crampes douloureuses, du subdélire, il est impossible de ne pas voir là les signes d'une infection grave et de ne pas songer à recourir à une thérapeutique énergique. A la vérité, je n'irai pas jusqu'à conseiller d'imiter la conduite de Gosset (1), qui, dans un cas de ce genre, jugeant que c'était perdre du temps que de s'adresser aux traitements locaux habituels, recourut d'emblée à l'hystérectomie et... sauva sa malade. On m'objecterait, en effet, que cette malade aurait pu guérir sans opération, comme on dit de tant de femmes hystérectomisées, et ici je ne serais pas bien armé pour répondre, car il semble ressortir, en effet, de la lecture de l'observation, que l'affection n'était pas aussi profonde que ne le faisait supposer l'aspect de la malade.

L'examen de l'état général des infectées peut du moins nous fixer sur certaines contre-indications positives de l'hystérectomie. Sans parler des moribondes, auxquelles il importe de ne pas donner le coup de grâce, nous saurons reconnaître les femmes qui présentent des localisations infectieuses secondaires graves, accessibles ou inaccessibles à une intervention chirurgicale (poumons, plèvres, foie, rate, reins), localisations qui modifieront ou supprimeront les indications opératoires. Ces complications sont fréquentes ; elles peuvent facilement passer inaperçues, et, dans maintes observations publiées, un vaste épanchement purulent de la plèvre a été méconnu. Je ne saurais trop insister sur la recherche de ces foyers secondaires : peut-être un examen eût-il permis à M. Quénu (2) de reconnaître que les reins de sa malade étaient gravement affectés, et ne se fût-il pas alors laissé aller à faire une

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 281.
(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 249.

hystérectomie qui ainsi s'est trouvée chargée d'une mort, uniquement attribuable aux crises éclamptiques qui survinrent une vingtaine de jours après l'opération. Ces lésions rénales existaient également dans l'observation II de Mouchotte et de Carton (1) ; peut-être aurait-on pu les diagnostiquer dès le 10e jour, quand apparurent la purulence et la fétidité des urines. Dans une observation de Jeannin (2), on pouvait reconnaître dès le 5e jour que toute intervention radicale du côté de l'utérus serait inutile : la malade commençait une gangrène pleuro-pulmonaire, consécutive à une embolie infectieuse et qui se termina par la mort au 25e jour. A l'autopsie, aucune trace de péritonite ; l'utérus était très bien revenu sur lui-même, la musculaire était ferme, les annexes saines, et cependant l'examen bactériologique de sécrétions purulentes et horriblement fétides de l'utérus avait décelé, dès les premiers jours de l'infection, la présence de nombreux b. perfringens et, depuis, streptocoques anaérobies.

A la vérité, on rencontre fréquemment, aux autopsies des femmes mortes d'infection puerpérale, des lésions hépatiques, spléniques, pulmonaires, mais ces lésions sont banales et ne peuvent expliquer la mort, qui semble bien dépendre uniquement d'une intoxication partie de l'utérus et pouvant disparaître avec lui (3). Aussi n'ai-je eu en vue ici que les gros foyers, secondaires, qui sont décelables par nos moyens habituels d'exploration.

L'étude des *courbes de température* nous fournit, certes, des renseignements précieux sur l'intensité de l'infection, mais il est non moins certain que la seule marche de la fièvre ne peut nous servir d'indication précise pour l'hystérectomie. Nous avons tous vu, soigné et guéri des pyrexies puerpérales à haute température, même persistante : aussi n'ai-je jamais dit que l'hyperthermie à elle seule suffisait à indiquer une hystérectomie. Un simple curettage suffit à juguler les accidents, et il ne viendra à l'idée de personne de pratiquer une hystérectomie sur la présence de ce seul symptôme. Est-ce que, dans une affection chirurgicale quelconque, l'hyperthermie implique un pronostic fatal? Aussi quand on vient nous montrer des feuilles de températures de malades

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. anatomique de Paris*, février 1902, p. 130.
(2) *Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris*, t. IV, 1901, p. 37.
(3) Porak, *Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris*, S. IV, 1901, p. 339.

qui ont eu 40° et qui ont guéri après un lavage, un curettage, ou un recurettage, on ne nous apprend rien que nous ne sachions parfaitement, et c'est là une notion élémentaire dans l'étude des complications des accouchements que nul ne peut ni ne doit ignorer. Néanmoins, en présence de la marche constamment ascendante de la fièvre dans les premiers jours du post partum, il ne faudra pas se dissimuler qu'on a affaire, en général, à une forme grave de l'infection. Ces appréhensions se justifieront encore davantage si cette marche particulière de la fièvre s'accompagne du cortège de *symptômes généraux graves* que j'ai signalés tout à l'heure. En un mot, la température n'acquiert de valeur pronostique, que quand elle s'ajoute aux autres signes existants.

J'en dirai autant du *pouls*, qui, chez ces infectées, suit la température; il devient rapide, filant et mou quand le thermomètre monte, en sorte que, sur les feuilles de températures des malades, on le voit suivre une courbe pour ainsi dire parallèle à cette dernière.

L'*examen local des malades*, portant sur l'utérus, la zone génitale et l'abdomen, nous fournit heureusement des indications pronostiques plus précises. L'*existence ou l'absence de réaction péritonéale et de lésions annexielles* nous permet tout d'abord d'établir une distinction capitale entre les infections généralisées et les infections localisées. L'*aspect*, *l'odeur*, *la quantité de l'écoulement lochial* est parfois caractéristique de la variété d'infection et peut aussi avoir une certaine valeur pronostique (1). C'est ainsi qu'une sanie rougeâtre, très fétide, indique en général une infection à saprophytes, infection qui reste longtemps localisée et s'accompagne de rétention placentaire ; aussi le curettage et les irrigations intra-utérines suffisent-ils généralement à supprimer les accidents. Un écoulement utérin purulent et abondant est généralement le signe d'une infection gonococcique, infection qui reste presque toujours localisée à la zone utérine ou péri-utérine ; ici ce sont les grandes injections intra-utérines, fréquemment répétées, qui donnent les meilleurs résultats. Une sécrétion utérine rare, accompagnant un ensemble de symptômes généraux graves, est la règle dans l'infection streptococcique. Et Reynier ajoute que *les plaies de la vulve et du vagin*, lorsqu'elles existent, offrent également dans ces différentes variétés d'infection un aspect quasi-carac-

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 274.

téristique. Dans l'infection à saprophytes, elles prennent un vilain aspect terne; les bourgeons charnus sont décolorés, grisâtres. Dans l'infection gonococcique, les plaies conservent, au contraire, un bon aspect, contrastant avec l'écoulement purulent qui a son origine dans l'utérus. Enfin, dans l'infection streptococcique, la plus grave généralement, les plaies se sèchent assez rapidement, en prenant un mauvais aspect.

C'est ici le lieu de parler des symptômes qui caractérisent la *gangrène utérine*, cette forme d'infection puerpérale que j'ai considérée tout à l'heure comme éminemment justiciable de l'hystérectomie. Les symptômes de la gangrène utérine, nous dit Picqué (1) traduisant Beckmann, sont très caractéristiques. Les accidents semblent débuter de suite après la délivrance, surtout quand celle-ci a été instrumentale. Au bout de trois semaines, c'est-à-dire après le délai admis pour la régression utérine, on retrouve l'utérus gros, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Dans aucun autre mode d'infection l'utérus ne resterait aussi volumineux. Il possède une grande sensibilité à la pression ; celle-ci donne souvent issue à un flot de liquide. En général, le liquide qui s'écoule spontanément est abondant et purulent, mais cet aspect purulent n'est pas primitif. Peu de jours après l'accouchement, il présente une coloration brune, puis noir de café, et déjà en ce moment il a une odeur très forte et il est très abondant. Ce n'est que plus tard qu'il devient jaune et sale, puis franchement purulent. Il n'est pas rare de constater la présence de gaz dans la cavité utérine. En tout cas le liquide a une odeur gangreneuse caractéristique. Le doigt pénètre facilement dans la cavité utérine, il rencontre une saillie, qu'on peut prendre sans peine pour un fragment de placenta, et qui tient soit à la portion nécrosée, soit au gonflement de la paroi elle-même. Dans la suite, on constate assez souvent l'élimination spontanée des fragments nécrosés. Tous ces signes ne permettent guère de se tromper sur la nature de l'infection utérine en cours, et leur constatation permet de formuler les indications à l'hystérectomie.

La *régression utérine incomplète*, que je viens de signaler comme un des symptômes principaux de la gangrène de l'utérus, ne s'observe pas que dans cette seule variété d'infection, et Rochard (2) a

(1) Picqué, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 343.
(2) Rochard, *loc. cit.*

voulu en faire un des caractères principaux de *l'infiltration purulente des parois utérines.* A la vérité, elle s'observe dans la plupart des cas d'infection puerpérale, comme l'ont fait remarquer les accoucheurs qui ont pris part dans la question, et on ne saurait tirer de ce signe une valeur pronostique et pourtant opératoire quelconque. Cependant, lorsque ce défaut de régression est très accentué, c'est-à-dire lorsque l'utérus reste très volumineux, avec un orifice largement béant ou du moins facilement perméable, il faut songer à une autre complication possible du post partum, savoir à une adhérence placentaire inconnue, ou à un enchatonnement du placenta, ou peut-être aussi à un fibrome ramolli et probablement infecté. C'est dire combien l'exploration minutieuse de la cavité utérine s'impose en pareil cas. C'est le doigt du chirurgien qui doit procéder à cette exploration, souvent fort difficile et pour laquelle les instrumennts aveugles, incertains, et souvent dangereux sont absolument contre-indiqués. Dans un des cas de Budin que j'ai signalés tout à l'heure, le doigt explorateur put même découvrir un abcès de la paroi utérine, qui s'ouvrit d'ailleurs spontanément quelques jours plus tard.

Si nous pouvons tirer de la constatation de la gangrène utérine une indication opérative, il en est autrement de la régression insuffisante de l'utérus, qui vraiment n'est qu'un symptôme de l'infection puerpérale vulgaire, à moins de complications de rétention placentaire ou de fibromes infectés.

Quoi qu'il en soit, il semble incontestable que l'*examen local* attentif de l'utérus et de la zone génitale puisse fournir des indications précieuses — je ne dis pas précises — sur la meilleure thérapeutique à suivre dans un cas donné d'infection puerpérale, et en particulier sur l'opportunité de l'hystérectomie.

Il me reste à étudier deux méthodes d'investigation dont nous serions en droit, semble-t-il, au moins *a priori*, d'attendre des renseignements absolument précis sur la nature, l'étendue et l'intensité de l'infection. Je veux parler de l'*examen bactériologique des produits de sécrétion et de raclage de l'utérus* et de *l'examen bactériologique du sang.*

L'examen bactériologique des produits de sécrétion ou de raclage de l'utérus est aujourd'hui de pratique courante, et il ne se présente guère de cas d'infection où l'on n'y ait recours, au moins dans nos Maternités et dans nos services de chirurgie. Malheureuse-

ment, il faut bien l'avouer, la détermination par l'examen microscopique direct et des ensemencements des espèces microbiennes, isolées ou associées, qui prennent part à l'infection, n'a pas, au point de vue du pronostic, l'importance que la plupart des auteurs ont encore tendance à lui attribuer. Jeannin (1) n'a-t-il pas montré que les infections à *anaérobies*, considérées généralement comme bénignes, les microbes ne franchissant qu'exceptionnellement et tardivement la muqueuse utérine, peuvent, dans certaines conditions, acquérir une virulence extraordinaire et envahir en quelques jours les couches profondes de la paroi utérine, pour de là passer dans la circulation générale, et aller former dans les organes éloignés (foie, rate, reins, poumons, plèvres) des foyers secondaires, plus ou moins nombreux et étendus ? Nous avons, à plusieurs reprises, signalé des cas de ce genre au cours de ce travail. Le *streptocoque* provoque d'ordinaire des infections graves et qui se généralisent rapidement ; mais qui de nous n'a vu également de ces infections streptococciques à marche lente, qui restent longtemps localisées à l'endomètre et guérissent par les moyens les plus simples ? On peut en dire autant des *staphylocoques*, qui se montrent, cependant, en général, moins virulents que le streptocoque. Il n'y a guère que le *gonocoque* dont les manifestations infectieuses conservent à peu près toujours les mêmes caractères ; du moins la généralisation de l'infection n'a-t-elle jamais été signalée dans les formes pures : ce n'est que dans les infections mixtes, par le gonocoque et le streptocoque, par exemple, le dernier succédant au premier, qu'on a observé cette généralisation.

En somme, le diagnostic bactériologique de l'infection puerpérale par l'examen des produits de sécrétion ou de raclage de l'utérus ne nous donne que des présomptions sur la gravité de cette infection. Et, dans tous les cas, s'il nous laisse entrevoir *ce que peut devenir* cette infection, il ne nous renseigne pas sur ce qu'elle *est* à l'heure où il nous importerait le plus de le savoir. Les agents d'infection n'ont-ils pas encore envahi la muqueuse utérine ? Ont-ils déjà envahi la circulation générale ? Ou bien sont-ils encore contenus dans les couches profondes de l'utérus ? Autant de points d'interrogation qui restent en suspens.

---

(1) JEANNIN, *Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides*. Thèse de Paris, 1902.

Trouverons-nous la réponse dans l'*examen hématologique ?* Il est prématuré de l'affirmer ou de le nier à l'heure actuelle. J'ai consigné au début de ce rapport les conclusions que Prochownick s'était cru en droit de formuler à la suite des recherches hématologiques qu'il avait entreprises dans différents cas d'infection puerpérale. Ces conclusions ont été fort contestées, et on ne doit point s'en étonner tant que de nouvelles observations et plus nombreuses ne seront pas venues confirmer celles de l'auteur allemand. C'est ainsi que Tissier (*loc. cit.*) a prétendu que, loin d'être une indication opératoire, comme le voulait Prochownick, la présence des streptocoques dans le sang des infectées devrait être considérée comme une contre-indication absolue à l'hystérectomie, le streptocoque n'apparaissant dans le sang qu'à la période pré-agonique. On pourrait objecter à Tissier que Queirel (*Leçons de Clinique obstétricale*, Paris, 1902, p. 247, obs. VI), dans un cas d'infection puerpérale, a pu trouver le streptocoque dans le sang de sa malade dès le 2e jour après le début de la maladie, et qu'au contraire 4 jours plus tard le sang ne contenait plus d'agent pathogène. Cette malade guérit sans intervention, par les moyens de traitement habituels, résultat en contradiction avec ceux de Prochownick qui, je le rappelle, a déclaré que toutes les malades *non opérées* dans le sang desquelles il avait trouvé des streptecoques étaient mortes.

On voit par ces faits contradictoires que la découverte des signes d'infection dans le sang, si elle constitue en général un signe d'infection grave, ne peut servir ni d'indication opératoire, comme le voudrait Prochownick, ni de contre-indication, comme le prétend Tissier. Dans l'état actuel de la science, ce signe ne doit pas être utilisé isolément; il n'a de valeur pronostique que quand il se trouve associé aux autres symptômes. Il faut, en tout cas, attendre sur ce point de nouvelles observations.

Conclusions. — De l'ensemble de cette analyse critique, il ressort nettement que l'*anatomie pathologique* démontre dans l'infection puerpérale aiguë certaines lésions rares, mais indiscutables, qui sont justiciables de l'ablation de l'utérus. Mais la clinique est-elle capable de reconnaître ces cas? L'examen approfondi de chacun des symptômes pris isolément prouve qu'aucun d'eux n'est pathognomonique, c'est-à-dire qu'aucun des symptômes ne peut à lui seul commander l'intervention, et, j'ajouterai : aucun de ces symptômes *observés par*

un accoucheur compétent. Car, si un chirurgien vient nous dire qu'il a vu dans des Maternités des femmes dont l'aspect était tel qu'il les aurait condamnées, alors que le chef du service les regardait comme devant guérir, cela prouve tout simplement l'incompétence parfaite de ce chirurgien en pareille matière, et ce n'est vraiment pas un argument contre la nécessité de l'intervention dans certains cas d'infection. Si aucun symptôme à lui seul n'est caractéristique, *l'ensemble clinique*, le tableau du malade, le complexus symptomatique qu'il présente, peut entraîner notre conviction ; ici, comme dans toutes nos déterminations chirurgicales, qu'il s'agisse de porter un diagnostic ou un pronostic, qu'il s'agisse d'établir une thérapeutique, c'est *l'ensemble des accidents qui nous déterminera.*

Voici une femme atteinte de scepticémie post partum ou post abortum ; elle est suivie et soignée par un accoucheur expérimenté ; rien dans son état viscéral, rien dans sa sphère génitale externe n'explique la présence de cette septicémie. Le traitement reconnu comme efficace en pareil cas a été mis en œuvre ; injections intra-utérines, curettage, sérum sous-cutané n'ont pas arrêté la progression croissante des accidents, que l'accoucheur regarde comme devant emporter la malade. Il vous demande d'intervenir ; vous trouvez les annexes et le péritoine indemnes, l'utérus est gros et mou, il existe ou non un écoulement fétide, les forces de la malade vous semblent permettre une intervention (ce sont en somme les circonstances dans lesquelles je me suis trouvé lors de ma première intervention), êtes-vous en droit de pratiquer une hystérectomie ? — J'ai répondu par l'affirmative, et je maintiens mon opinion. Nous n'avons plus alors à rechercher l'origine de cette septicémie, elle est utérine, qu'il s'agisse d'une rétention placentaire, d'un fibrome ou de la paroi de l'utérus sphacélé. C'est la clinique seule qui commande, et c'est votre confiance à arrêter les accidents par votre thérapeutique bien dirigée qui donne l'indication.

Je sais aussi bien que vous tous quels sont les points encore faibles de la question, je sais très bien qu'il reste de nombreux points obscurs ; mais, s'il en était autrement, si toutes les inconnues du problème étaient dégagées et si une formule thérapeutique bien nette en était le produit, il est bien certain que la question ne nous intéresserait plus et que vous ne l'auriez pas mise à votre ordre du jour. Elle est loin d'être résolue, mais elle préoccupe à

juste titre chirurgiens et accoucheurs. Sans doute le moment exact de l'intervention n'est pas fixé : « opérer trop tôt serait un crime, — opérer trop tard est inutile », cela est vrai ; mais nous sommes là en face de difficultés que nous rencontrons et que nous résolvons chaque jour en clinique. Il n'y a pas ici de loi que vous puissiez appliquer avec un rigorisme mathématique. Telle malade résistera mieux et plus longtemps que telle autre. La virulence, l'abondance du poison, d'une part, la réaction individuelle, de l'autre, feront varier le moment de l'intervention dans des limites que rien ne peut faire prévoir ; ce moment l'accoucheur seul en est le juge, et c'est lui seul qui porte le poids de cette détermination ; c'est son impuissance reconnue par lui-même qui crée l'indication opératoire ; mais, de notre côté, c'est la résistance encore suffisante de la malade, résistance reconnue par nous, chirurgiens, qui doit nous faire accepter ou refuser la responsabilité de l'opération. C'est donc une coalescence d'efforts, une anastomose bien nette et bien franche, un échange de bons procédés, une observation attentive et une étude patiente en commun de cet état pathologique qui sont indispensables, et ils sont autrement profitables aux malades que les discussions qui consistent à répéter à satiété : « Vous, chirurgiens, vous tuez des malades que nous sauverions. — Vous, accoucheurs, vous laissez mourir les femmes que nous guéririons. » Un peu moins de polémique et un peu plus de travail scientifique me paraissent nécessaire.

Je ne veux pas discuter ici le mode d'intervention, la voie vaginale ou la voie abdominale : nous avons exposé ailleurs cette partie de la question, et chacun apportera ici ses faits et ses conclusions. J'ai pratiqué les deux variétés d'intervention : dans les formes subaiguës, quand l'accouchement date d'une semaine, la voie vaginale est commode ; si, au contraire, l'accouchement est tout récent, on rencontre de sérieuses difficultés dans l'ablation de l'utérus par le vagin. La mollesse et la vascularité des tissus sont des obstacles à l'hémostase parfaite ; ces obstacles sont cependant bien loin d'être insurmontables, puisque nombre de mes collègues et moi-même avons mené à bien ces interventions. Je ne crois pas qu'il soit possible actuellement d'établir une statistique *valable* qui démontre la supériorité de l'une des deux méthodes. Il entre des facteurs de mortalité bien plus importants dans cette statistique, que ceux de la voie suivie par l'opérateur, c'est là une question secondaire ; elle

est de beaucoup primée par celle de l'indication générale de l'opération.

Je ne me fais aucune illusion sur les résultats de nos interventions : nous ne réclamons que les cas désespérés, nous aurons toujours une statistique très noire, un long martyrologe, suivant l'image préférée de nos adversaires ; mais si, à de longs intervalles, sur ce fond très sombre, nous avons la joie de voir rayonner quelques succès, nous peindrons notre horizon comme moins décevant que celui qu'on nous oppose et nos efforts pour largement récompensés.

Fehling (Strasbourg). — Le rapporteur base ses conclusions sur les 34 réponses qu'il a reçues à un questionnaire envoyé à 140 médecins de l'Allemagne, de la Suisse, de l'Autriche, et qui donnent :

— 61 *opérations pour infection puerpérale*, avec 55,7 p. 100 de morts. A savoir :

19 extirpations abdominales totales. Mortalité : 31,5 p. 100;

33 extirpations vaginales. Mortalité : 69,6 p, 100 ;

4 amputations supra-vaginales. Mortalité : 50 p. 100;

4 extirpations totales pour avortement. Mortalité : 75 p. 100.

— 100 *opérations de rupture de l'utérus intra-partum* avec 50 p. 100 de mortalité. A savoir :

59 extirpations abdominales totales. Mortalité : 50,8 p. 100 ;

27 extirpations vaginales totales. Mortalité : 70,3 p. 100 ;

14 amputations supra-vaginales. Mortalité : 64,2 p. 100.

Dans une revue générale, faite par Zipperlen (*Thèse*, Tubingen, 1899), l'auteur donne les statistiques suivantes :

26 extirpations abdominales totales. Mortalité : 42,3 p. 100 ;

4 extirpations abdominales pour avortement. Mortalité : 75 p. 100;

6 extirpations vaginales. Mortalité : 50 p. 100;

7 amputations supra-vaginales. Mortalité : 28,5 p. 100.

Ces statistiques conduisent le rapporteur aux conclusions suivantes :

1° Les maladies puerpérales des organes génitaux peuvent se partager en deux classes : affections toxiques et affections infectieuses ;

2° Dans l'intoxication (saprohémie), l'utérus est le seul foyer morbide ; dans l'infection, le processus morbide est rarement res-

treint à l'utérus; en général, il s'agit d'une infection grave qui a envahi tout l'organisme;

3° L'extirpation de l'utérus dans les suites de couches, en cas de septicémie généralisée, ne donne aucune chance de succès, et on ne doit pas conseiller cette opération ;

4° L'extirpation de l'utérus est indiquée seulement dans les cas où le foyer de l'infection ou de l'intoxication est restreint à l'utérus, à savoir dans la rétention avec putréfaction du placenta, dans la putréfaction des myomes pendant les suites de couches, ou des restes ovulaires à la suite d'avortement, toutes les fois cependant que l'on se trouve dans l'impossibilité de les éloigner par d'autres moyens que l'hystérectomie;

5° Dans les cas de métrophlébite puerpérale (pyohémie), l'hystérectomie peut être utile, à la condition qu'elle soit accompagnée de la ligature ou de l'extirpation des veines atteintes de thrombose dans le ligament large et des veines utéro-ovariques. Cette opération peut se pratiquer aussi séparément.

Léopold (Dresde). — Pour savoir si l'hystérectomie est réellement indiquée comme moyen de traitement de l'infection puerpérale, il s'agit tout d'abord de s'entendre sur ce que l'on attend de cette opération, sur le but qu'on se propose.

Il est hors de doute que l'on cherche par l'extirpation de l'utérus à enlever l'origine de la maladie. Ce faisant, on admet que l'utérus malade est la source principale de l'infection ou tout au moins que cette infection, si elle s'est étendue au péritoine, aux veines ou aux voies lymphatiques, est favorablement influencée par l'hystérectomie.

Il s'agit de savoir si l'on peut attendre de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale les brillants résultats qu'elle donne dans les cas de fibromes, de cancer ou d'annexites suppurées. Mais, tandis que, dans le premier cas, il s'agit d'affection à marche lente, toujours localisée, l'infection puerpérale est une affection à début brusque et à marche généralement aiguë, et il est souvent difficile de croire que le processus infectieux est localisé à l'utérus. Il faut donc diviser les cas suivant les signes cliniques, et le rapporteur propose les conclusions suivantes :

1° Dans le cas d'infection puerpérale grave, l'hystérectomie sera indiquée lorsqu'il aura été prouvé par tous les symptômes que

l'utérus est le siège seul et le point de départ continuel de l'infection, et que tous les autres moyens employés contre la maladie auront échoué.

Cette indication se rapporte surtout aux cas de rétention du placenta en voie de décomposition sans qu'on puisse l'enlever;

2° Si l'infection a dépassé l'utérus et qu'il se produise une péritonite grave ou une thrombose septique, ou une affection unilatérale ou bilatérale des annexes, ou un abcès de l'utérus, l'hystérectomie toute seule ne suffit pas à guérir la malade, parce que cette opération ne tient pas compte des altérations anatomiques qui se sont ajoutées.

Si la maladie poursuit fatalement sa marche, on devra, selon les circonstances, avoir recours avant tout au traitement chirurgical qui se propose de rechercher le foyer de la suppuration et de le vider. D'autres recherches nous dirons jusqu'à quel point les injections de sérum antistreptococcique ou d'autres remèdes semblables pourront contribuer directement ou indirectement à la guérison.

Dans tous les cas, il faut insister surtout sur la recherche précoce et minutieuse des foyers de suppuration. La recherche et l'ablation des veines atteintes par la suppuration contribueront dans l'avenir à donner de brillants succès dans le traitement des cas les plus graves de l'infection puerpérale.

N° 258, 1897. Multipare, admise à la Clinique huit jours *post partum*. Fièvre depuis le second jour, température maxima 40°,2. A l'admission, température à 39°.9 et pouls à 144. Au commencement, la malade paraissait aller mieux, mais ce mieux ne dura pas, de sorte que, la température ne descendant pas et l'état général devenant de plus en plus mauvais, le pronostic me parut tellement mauvais que je me décidai à faire l'hystérectomie vaginale. L'utérus était tellement friable que les pinces ne firent qu'en déchirer le tissu, ce qui rendit l'opération très difficile dès le commencement. Pour surcroît de malheur, le doigt occupé à libérer la vessie du col perfora la paroi vésicale. Alors, découragé, j'abandonne l'opération en me disant que je préfère ne pas hâter davantage la mort de la malade, qui me semblait inévitable. Quelques points de suture dans le cul-de-sac postérieur, quelques autres à la plaie vésicale, un tampon dans le vagin, et la malade est reportée au lit.

Neuf jours après cet avortement opératoire, la femme est sans fièvre, et, n'eût été la fistule vésicale, qui la retint à l'hôpital pendant trois mois et demi, elle aurait pu nous quitter beaucoup plus tôt, en parfait état de santé.

N° 89, 1902. Multipare, admise à la Clinique huit jours *post partum*. Frissons répétés, température jusqu'à 40°,4, pouls jusqu'à 158. Examen du sang positif : le sang contient des streptocoques et des staphylocoques. Pendant le séjour à la Clinique il se développe rapidement un abcès péri-utérin qui est incisé neuf jours après l'entrée de la malade. Guérison rapide et complète.

Doléris (Paris) divise les cas d'infection puerpérale. Les uns sont d'allure très bénigne et guérissent par le curettage, l'écouvillonnage, et ce traitement conservateur suffit.

Dans les cas foudroyants, une intervention n'a aucune chance de succès. La condamnation à mort est aggravée par l'intervention.

Dans les cas graves, à allure un peu prolongée, la malade fait déjà les frais de la résistance ; dans ces cas, l'hystérectomie peut être un moyen de sauvegarde.

L'intervention chirurgicale est surtout couronnée de succès quand le foyer est limité (phlébites péri-utérines, rétention placentaire, fibromes putréfiés); mais le diagnostic clinique en est très difficile ; l'examen du sang ne donne pas non plus de résultats sûrs.

D'après un grand nombre d'autopsies de malades arrivées dans son service trop tard, et qui ne purent être traitées à temps, M. Doléris a acquis la conviction que deux seulement auraient pu trouver quelques chances de guérison par une intervention.

La seule malade qu'il a opérée, après avoir présenté une survie de deux mois, mourut d'endocardite et de pleurésie purulente.

J.-L. Faure (Paris) se rallie aux conclusions du rapport de M. Tuffier; il ne veut donc que parler de la technique de cette opération; il est fermement convaincu de la supériorité de l'hystérectomie vaginale. Le principal argument contre cette intervention, et le seul valable à ses yeux, est la difficulté de saisir l'utérus sans le dilacérer. Cet argument tombe quand on remplace les pinces de Museux par des pinces à prise plus solide : pinces à plateau, pinces à kystes, etc. ; il fait presque toujours l'hémisection antérieure.

Hofbauer rapporte 12 cas d'intervention. Il insiste sur l'importance de l'examen hématologique et entre dans une étude de pathologie générale de l'infection. Il compte sur les traitements sérothérapiques pour amender sans intervention les cas d'infection puerpérale.

Duret (Lille) émet les conclusions suivantes :

1° Il y a des septicémies puerpérales, avec lésions locales appa-

rentes, qu'il faut traiter par les moyens connus : curettage, désinfections, incisions, et même hystérectomie ;

2° D'autres septicémies puerpérales n'offrent à l'examen le plus soigneux aucune lésion reconnaissable à l'examen gynécologique.

Elles sont aiguës ou chroniques.

A. Parmi les premières :

a) Il en est quelques-unes qui ont pour cause une infection qu'on ne peut détruire par le curettage, et contre lesquelles l'hystérectomie abdominale ou vaginale donnera parfois des résultats avantageux, comme dernières ressources. Sur les trois cas où je suis intervenu, j'ai eu un succès ;

b) Il en est d'autres dans lesquelles la gravité tient à l'excessive virulence de l'agent infectieux. Il est douteux que l'ablation de l'utérus soit efficace, si le lavage du sang par les injections de sérum artificiel ne donne pas d'abord quelque amélioration et ne relève pas les malades de manière à les mettre à même de supporter le choc opératoire.

B. Les septicémies chroniques sont le résultat de phlébites ou de lymphangites utérines, ou péri-utérines, ou de foyers méconnus. Dans ces circonstances, on sera souvent en présence de petits foyers multiples, logés dans le parenchyme utérin, dans les tubes vasculaires afférents ou efférents. C'est le groupe pathologique que nous avons étudié sous le nom de pyohémies utérines puerpérales (*Semaine gynécologique*, 1899, 17 janvier). Le plus souvent, les manifestations septicémiques ont commencé après l'accouchement, et se sont prolongées plusieurs semaines. L'hystérectomie abdominale ou vaginale rendra exceptionnellement quelques services, mais ils seront d'autant plus incertains qu'on aura attendu plus longtemps;

3° Dans tous les cas de septicémies puerpérales, quel que soit leur mode pathologique, le meilleur remède avec la désinfection utérine, soit comme adjuvant, soit comme moyen curatif, réside dans les injections sous-cutanées massives de sérum artificiel, sur l'efficacité remarquable desquelles nous avons été un des premiers à appeler l'attention (*Académie de médecine de Paris*, 1896). Il ne faut pas craindre d'injecter deux, trois et même quatre litres en vingt-quatre heures à des intervalles réguliers, selon l'effet sur le pouls et sur la tonicité générale.

Jerso Leval (Dinafoldsvar) fait, comme M. Hofbauer, une étude de pathologie générale, et, se basant sur quelques observations, il préconise le sérum antidiphtérique, qui, d'après lui, agit sur les toxines non seulement du bacille de Lœffler, mais encore des autres microbes de l'infection.

Jayle (Paris). — J'ai pratiqué deux fois l'hystérectomie pour l'infection puerpérale pure sans lésion des annexes. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt ans d'allure chétive, soupçonnée de tuberculose. L'état général était très mauvais. Des injections intra-utérines, un curettage qui n'avait relevé aucun fragment placentaire avaient été en vain pratiqués. Il n'y avait aucun empâtement du côté des annexes ; le ventre était un peu ballonné et douloureux. Je croyais la malade perdue, et je puis dire que c'est à tout hasard, sans aucune confiance, que je me décidai à faire l'hystérectomie abdominale. L'opération fut aisée et rapide, mais, et j'insiste sur ce point, je n'enlevai pas complètement le col. Ce dernier, très ramolli, très largement ouvert, au point que son orifice mesurait 2 centimètres de diamètre, ne fut pas totalement extirpé, et l'hystérectomie fut supra-vaginale. Le péritoine fut totalement refermé par-dessus le moignon du col, qui fut d'ailleurs largement drainé par le vagin. Suture totale de la paroi sans drainage.

Les deux premiers jours, il n'y eut aucune amélioration, puis la température tomba. Tout allait à souhait lorsque, le sixième ou septième jour, la température remonta, et l'état général redevint mauvais. Il n'y avait aucun signe de péritonite ; la plaie de la paroi abdominale était cicatrisée ; le fragment du col laissé en place ne paraissait pas le siège d'un suintement particulier, mais il s'était refermé. Quelques pansements n'ayant donné aucun résultat, le fragment du col fut enlevé. Deux jours après, la température retombait, et dès lors la malade guérit sans encombre.

J'ajoute, pour compléter l'observation, que l'utérus enlevé avait le volume du poing, qu'il ne contenait aucun fragment de placenta, que les annexes étaient complètement saines.

Ce cas est intéressant, parce qu'il démontre tout d'abord la possibilité d'une guérison dans les cas les plus désespérés, et qu'il prouve, à l'instar d'une expérience de laboratoire, la nécessité d'enlever largement tout l'utérus, le col compris. En même temps

que j'opérai cette femme à l'hôpital, je dus me contenter du traitement ordinaire en ville dans un cas analogue, et cette seconde femme succomba. Eût-elle guéri par l'hystérectomie? Les seules différences que j'ai remarquées, au point de vue clinique, entre ces deux cas, considérés tous deux comme désespérés, sont les suivantes : la malade non hystérectomisée avait une rétention placentaire qui fut traitée par le curettage, l'autre avait un utérus vide : la première avait le teint plombé, la température au-dessus de 40°, des crises de suffocation, toutes manifestations d'infection profonde que n'avait pas celle qui a guéri. Ces nuances ont sans doute leur valeur, et il y a entre les cas dits désespérés de ces petites différences qui, bien observées, permettront au bon clinicien de faire un meilleur pronostic opératoire, et de laisser espérer un bon résultat dans certains cas.

Ma deuxième observation, qui concerne une femme n'ayant pas guéri, se rapprochait cliniquement plus de la malade que je viens de citer comme simplement curettée que de la première. Il s'agissait d'une malade de 35 ans, ayant eu la syphilis quelques années auparavant, accouchée depuis huit jours de deux jumeaux, dont l'un mort-né. L'état était grave, la température à 39°,5, mais le pouls ne dépassait pas 120 et était plein. Je fis d'abord le curettage et retirai un très gros fragment de placenta putréfié. Cette évacuation utérine ne donna aucun résultat, contre l'attente de tous. Au contraire, la température monta encore, et, quarante-huit heures après, je pratiquai l'hystérectomie. Cette fois, étant donné l'existence d'une insuffisance mitrale très marquée, je cherchai à éviter la position déclive et à opérer le plus vite possible. L'hystérectomie vaginale avec les pinces fut donc exécutée. J'ai cherché à extirper, et j'y suis parvenu, un utérus du volume d'une tête de fœtus, sans l'ouvrir, afin d'éviter l'infection de la plaie. Pour ce faire, j'ai libéré le col, ouvert le cul-de-sac antérieur, et avec un crochet à deux dents, et en plusieurs reprises, j'ai pu amener la bascule de l'organe en avant. Quelques pinces furent alors placées, et l'opération se termina sans la moindre effusion de sang en quelques minutes. La guérison ne survint pas, et la malade succomba le huitième jour en plein délire et sans réaction péritonéale.

Je ne saurais tirer de conclusions de deux cas, cependant mon premier cas m'engagera à tenter l'hystérectomie dans les cas

désespérés, et surtout à faire une extirpation totale. Je donnerai toujours la préférence à la voie abdominale, avec fermeture complète du péritoine et drainage par le vagin de l'espace pelvien sous-péritonéal, de manière à éviter toute infection de la grande séreuse, tout en favorisant par un drainage sous-péritonéal le dégorgement du tissu péri-utérin.

L'hystérectomie vaginale par le procédé des pinces est peu recommandable ; il y a des chances d'infection secondaire lors de la chute des escarres et, chez ces malades déjà si intoxiquées, il faut éviter toute nouvelle infection ; les indications de ce mode opératoire seront donc des plus restreintes.

Hector Treub (Amsterdam). — Afin de rendre possible une discussion fructueuse sur le sujet indiqué, il est de toute nécessité de bien s'entendre sur les mots, afin qu'il n'y ait pas d'équivoque possible. Or, autant le premier mot du titre du sujet à discussion est clair, autant le dernier est ambigu. En étudiant les publications sur l'hystérectomie comme moyen de traitement de l'infection puerpérale, qui se sont suivies en assez grand nombre ces dernières années, on est frappé, tout d'abord, de trouver réunies sous le nom générique d'infection puerpérale plusieurs maladies, ou plutôt plusieurs états pathologiques absolument différents et qui n'admettent d'aucune manière la comparaison.

De ce que ces différents états pathologiques relèvent tous de l'infection puerpérale, en ce sens que tantôt ils en sont la cause, tantôt l'effet, on n'a pas le droit de les englober tout simplement dans cette infection et d'oublier leurs particularités, qui en font vraiment des maladies distinctes.

La rétention du placenta et surtout la putréfaction de l'arrière-faix retenu dans la matrice, l'endométrite, la métrite, la paramétrite ou cellulite pelvienne, la périmétrite ou pelvipéritonite, la salpingo-ovarite, la péritonite diffuse ou circonscrite, mais en tous cas non limitée à l'excavation pelvienne, la pyohémie générale : voilà une longue théorie d'états pathologiques appartenant, d'une manière ou d'une autre, à l'infection puerpérale. Le fait que l'on a pratiqué l'hystérectomie dans ces cas tellement différents autorise-t-il à user des résultats obtenus pour arriver à une évaluation exacte de la valeur de l'opération ? Évidemment non. De cette manière on ne fait qu'embrouiller les choses et rendre impossibles des conclusions nettes.

De même, et plus encore, on commet une faute en ne tenant aucun compte de la durée de la maladie, et pourtant cela se fait. Il est évident qu'un sac tubaire à contenu purulent, un abcès paramétrique, une péritonite localisée que l'on trouve comme suites d'une infection puerpérale, plusieurs semaines ou même plusieurs mois après l'accouchement, n'ont pas la même importance que ces mêmes localisations observées peu de jours post partum.

C est M. Tuffier qui, le premier, a nettement exprimé l'idée du raisonnement précédent, et la définition qu'il a donnée du sujet de discussion à la Société de chirurgie (1) était : l'ablation de l utérus dans la métrite aiguë avec accidents toxi-infectieux, métrite post partum ou post abortum. Mieux vaudrait encore, à mon avis, laisser de côté le terme de métrite et parler d'une infection génitale aiguë avec accidents toxi-infectieux sans localisations extra-utérines cliniquement perceptibles. Il ne s'agit pas ici d'une simple question de mots. Puisqu'il est impossible, même au clinicien le plus expérimenté, de dire s'il existe déjà, oui ou non, un commencement de phlébite infectieuse dans les plexus du ligament large, il est clair que le terme de métrite, employé par M. Tuffier, est un peu trop étroit.

J'envisagerai donc dans les pages suivantes *l'hystérectomie dans le traitement de l'infection génitale aiguë, post partum ou post abortum, avec accidents toxi-infectieux, sans localisations extra-utérines cliniquement perceptibles.*

Je suis parfaitement de l'avis de M. Tuffier que c'est là le point à discuter et qu'on ne peut arriver à s'entendre qu'en écartant tout ce qui ne rentre pas dans ce cadre circonscrit.

Le thème ainsi défini, la première question qui se pose est celle-ci : l'opération est-elle rationnelle?

La question pourrait paraître oiseuse. L'ancien adage : « tollitur causa cessat effectus » indique en effet que l'ablation de l'utérus est le moyen rationnel par excellence de combattre une infection qui se trouve localisée dans la matrice. Heureusement, aucun des chirurgiens, même les plus entreprenants, ne pense à l'application pure et simple de la règle citée tout à l'heure. Heureusement, car cette application équivaudrait à l'indication de l'hystérectomie dès l'apparition des premiers symptômes de l'infection. Il s'agit de décider

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1901, p. 239.

la question si l'hystérectomie est encore rationnelle lorsque, à la suite de l'infection génitale localisée, il s'est produit des accidents toxi-infectieux généraux. Il est impossible de prendre cette décision quand on ne se laisse guider que par le raisonnement.

Car, d'un côté, on peut faire la supposition que, dès qu'il y a des accidents toxi-infectieux, l'extinction du foyer primitif arrivera trop tard, tandis que, d'un autre côté, on peut admettre la possibilité de la victoire de l'organisme sur les microbes septiques quand l'opération a fait tarir la source d'éléments pathogènes. Il n'y a pas moyen de dire a priori lequel de ces deux raisonnements sera le vrai, et, dans ce débat, les faits seuls ont une valeur décisive. Un seul fait bien constaté de guérison après une hystérectomie pour infection génitale avec accidents toxi-infectieux tranche la question. Ces faits existent, nous le verrons tout à l'heure, et ils prouvent que l'opération est rationnelle comme moyen de traitement de l'infection génitale.

Mais, il faut bien se l'avouér, la réponse affirmative à notre première question n'a pas une grande importance pratique. On pourrait prouver de la même manière, en s'appuyant sur les faits, que l'amputation de la jambe est un remède rationnel contre les cors aux pieds, et tout de même nul ne pensera à se servir de ce remède. La question à résoudre est donc plutôt celle-ci : l'application de ce traitement, rationnel en soi, est-elle justifiée d'abord par l'insuffisance des autres moyens de traitement et ensuite par l'efficacité de celui-ci ?

Essayons de répondre aux deux termes de cette question, en nous appuyant sur des faits.

Point n'est besoin de comparer entre elles les différentes méthodes de traitement employées par les obstétriciens. Si intéressante que serait cette comparaison, elle nous mènerait trop loin de notre sujet. Il suffit de rappeler que les principaux moyens de traitement usités sont l'irrigation utérine, soit intermittente, soit continue, l'application de remèdes topiques (teinture d'iode, etc.), le curage et le curettage, l'écouvillonnage, les sacs de glace, les bains froids, les injections d'essence de térébenthine, le sérum antistreptococcique, l'alcool à haute dose et, dans ces derniers temps, les injections intraveineuses de collargol.

A ne citer que deux auteurs, je ne rappelle que des feuilles d'observations du service de M. Bar à l'hôpital Saint-Antoine, de Paris,

compulsées par M. Tissier, il résulte que, sur 100 cas d'infection puerpérale grave, il y a 10 cas de mort.

Dans la thèse de M. Gheorghiu (1), il se trouve 345 observations d'infection puerpérale recueillies dans les services de M. Porax et de M. Budin, sur lesquelles il y eut 15 morts, dont une morte de congestion pulmonaire et une autre d'œdème pulmonaire.

Malheureusement, il est impossible, d'après les indications très succinctes de M. Gheorghiu, de faire un triage des cas de mort rentrant dans les limites que nous nous sommes tracées plus haut.

J'essayerai de combler cette lacune en donnant ma statistique personnelle. Il y a d'abord les cas d'infection observés chez les femmes accouchées dans la clinique (2). J'ai éliminé les cas dans lesquels la température n'a pas été au-dessus de 38° et aussi ceux dans lesquels l'élévation de la température n'a été observée que pendant un seul jour.

Sur les 475 cas qui restent il y eut :

Avec une température maxima entre	38°,1 et 38°,4	102
— — — —	38°,5 et 38°,9	135
— — — —	39°, et 39°,4	99
— — — —	39°,5 et 39°,9	58
— — — —	40°, et 40°,4	65
— — — —	40°,5 et 40°,9	11
— — — —	41°, et 41°,5	5

pendant que la fréquence du pouls fut :

Au-dessous de 90	en	10 cas
Entre 91 et 100		53 —
— 101 et 110		90 —
— 111 et 120		159 —
— 121 et 130		76 —
— 131 et 140		40 —
— 141 et 150		14 —
— 151 et 160		8 —
— 161 et 170		2 —

Toutes ces femmes sont guéries.

(1) M. N. Gheorghiu, *Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale*. Thèse, Paris, 1900.

(2) Je ne donne pas le nombre des accouchements parmi lesquels ces cas d'infection sont observés, parce que cela ne servirait qu'à

Laissant de côté les cas de mort dans lesquels l'infection ne fut pour rien (coma éclamptique, hémorragie par placenta prævia, etc.) il se trouve à côté de ces 475 guérisons les morts suivantes :

1. N° 404, 1896. Péritonite septique dont les premiers symptômes se sont montrés immédiatement après la terminaison de l'accouchement, qui dura 72 heures. Mort, 5 jours post partum ;
2. N° 3, 1897. Endométrite septique sans autres localisations de l'infection cliniquement perceptibles. Mort, 4 jours post partum. Pas d'autopsie ;
3. N° 393, 1897. Péritonite exsudative. Mort, 5 jours post partum ;
4. N° 34, 1898. Pleurésie septique ; pas de signes d'infection génitale. Mort, 5 jours post partum ;
5. N° 29, 1901. Péritonite exsudative. Mort, 11 jours post partum. Autopsie: pas de métrite, péritonite causée par la rupture des parois d'un abcès ovarien ;
6. N° 198, 1901. Infection pendant l'accouchement. La femme est envoyée à la clinique, étant presque moribonde. Morte 4 heures post partum ;
7. N° 257, 1901. Péritonite, bronchopneumonie bilatérale. Mort, 7 jours post partum ;
8. N° 263, 1901. Endométrite purulente, pas d'autres localisations. Mort, 30 jours post partum. Pas d'autopsie.

Séparément de cette première catégorie, je vais résumer de la même manière les malades infectées envoyées à la clinique justement à cause de l'infection : donc en général, des cas graves.

Parmi les maladies guéries, il y eut :

Avec une température maxima entre . . .	38°	et 38°,4	4
— — — — . . .	38°,5	et 38°,9	2
— — — — . . .	39°,	et 39°,4	4
— — — — . . .	39°,5	et 39°,9	5
— — — — . . .	40°	et 40°,4	6
— — — — . . .	40°,5	et 40°,9	3
— — — — . . .	41°	et 41°,5	1
Et avec une fréquence maxima du pouls entre	91	et 100	1
— — — — —	101	et 110	4
— — — — —	111	et 120	1
— — — — —	121	et 130	6
— — — — —	131	et 140	9
— — — — —	141	et 150	3
— — — — —	151	et 160	2

donner une idée inexacte du résultat de mes précautions antiseptiques. Beaucoup de femmes, en effet, ne sont entrées à la clinique qu'après un travail plus ou moins long et un traitement plus ou moins approprié en ville.

A côté de ces cas guéris, il se trouve les cas de mort suivants :

9. N° 5, 1897. Morte quelques heures après l'entrée à la clinique. Autopsie : Endométrite. Engorgement de la rate et du foie. Néphrite septique aiguë ;

10. N° 110, 1868. Entrée à la clinique 18 jours après l'accouchement. Morte 8 jours plus tard. Pendant la vie il est impossible de trouver n'importe quelle localisation, à l'exception d'une endométrite. Frissons répétés. Injections intra-utérines et injection sous-cutanée d'essence de térébentine sans succès. Autopsie : Plus de traces de l'endométrite. Thrombose purulente d'une veine spermatique allant jusqu'à la jonction avec la veine cave inférieure ;

11. N° 462, 1899. Entrée à la clinique quinze jours après l'accouchement. Péritonite exsudative. Laparotomie, lavage de la cavité péritonéale. Morte 36 heures plus tard ;

12. N° 521, 1899. Accouchement spontané, sans assistance, 5 jours avant l'admission à la clinique. Rétention du placenta. Le médecin appelé 3 jours après l'accouchement ne put enlever qu'une partie du délivre et envoya la malade deux jours plus tard à la clinique. Anémie extrême. Injections de camphre et de sérum artificiel. Curage de l'utérus ramenant des débris placentaires putréfiés. Lavage de la cavité utérine suivi de tamponnement à la gaze iodoformée. Fièvre, frissons, dyspnée. Mort 36 heures après l'admission. Pas d'autopsie ;

13. N° 65, 1900. Accouchée depuis 5 jours. État général déplorable, empâtement du péritoine dans le cul-de-sac de Douglas 48 heures après l'admission, colpotomie postérieure, sans chloroforme. Cavité de Douglas remplie de pus très mal odorant. Mort en collapsus, quelques heures plus tard ;

14. N° 303, 1900. Accouchée depuis 5 jours. Anémie extrême, fièvre, rétention partielle du placenta. Curage, lavage de l'utérus, suivi d'application de teinture d'iode. Les jours suivants, frissons répétés, température jusqu'à 40°,9, pouls jusqu'à 176. Lavages utérins, sérum artificiel, camphre. Onze jours après l'admission, on croit sentir une tuméfaction dans le cul-de-sac de Douglas. La colpotomie ne fait rien trouver. Mort quelques heures plus tard. Pas d'autopsie ;

15. N° 337, 1901. Admise à la clinique huit jours après l'accouchement. Rétention placentaire partielle. Anémie excessive. Péritonite, phlegmon à la cuisse gauche, symptômes d'embolie cérébrale. Mort deux jours plus tard ;

16. N° 587, 1901. Accouchement 15 jours auparavant. Paramétrite, péritonite. Mort 3 jours après l'admission ;

17. N° 594, 1901. Accouchée depuis trois jours. Albuminurie et melliturie, ulcérations grises au col, broncho-pneumonie, vomissements. Petit à petit cyanose et ictère. Mort 8 jours après l'admission. Pas d'autopsie.

Viennent ensuite les cas d'avortement incomplet envoyés de la ville, parmi lesquels il y en eut 373 dont la température resta au-dessous de 38°. Parmi les autres il y en eut :

Avec une température maxima entre. . . .	38° et 38°,5	65
— —	38°,6 et 39°	33
— —	39°,1 et 39°,5	38
— —	39°,6 et 40°	13
— —	40°,1 et 40°,5	16
— —	40°,6 et 41°	12
— —	41°,1 et 41°,5	1

et avec une fréquence maxima du pouls au-dessous de			90	7
—	—	. . . entre	91 et 100	31
—	—	. . . .	101 et 110	32
—	—	. . . .	111 et 120	46
—	—	. . . .	121 et 130	24
—	—	. . . .	131 et 140	23
—	—	. . . .	141 et 150	7
—	—	. . . .	151 et 160	4
—	—	. . . .	161 et 170	1

Toutes ces 178 malades furent guéries. A côté d'elles se trouvent les cas de mort suivants :

18. N° 39, 1897. Broncho-pneumonie, pleurésie, phlegmon paramétran. Mort 13 jours après l'admission ;

19. N° 50, 1897. Mort 3 jours après l'admission. Autopsie : Anémie extrême, endométrie, pelvipéritonite purulente, double pyosalpinx ;

20. N° 498, 1897. A l'entrée, température 39°,6. Après le curage suivi de curettage la malade devient afébrile. Trois jours plus tard, de nouveau fièvre, suivie bientôt d'une rémission complète. Quelques jours plus tard, frissons, température 40°,3 ; on constate un pyosalpinx bilatéral. Le traitement antiphlogistique paraît d'abord réussir, puis la fièvre revient; l'état général devient mauvais. Vingt-trois jours après l'admission, hystérectomie vaginale. Mort quatre jours p. o. Autopsie : péritonite diffuse ;

21. N° 219, 1898. Infiltration dure remplissant toute l'excavation du bassin. Mort 6 jours après l'entrée à la clinique ;

22. N° 508, 1899. Etat assez satisfaisant les dix premiers jours ; puis il se développe une paramétrite. Celle-ci, incisée plus tard, ne donne pas de pus. Fièvre continuelle, frissons, infiltrations pyohémiques cutanées. Mort 53 jours après l'admission. Autopsie : Thrombose purulente des veines spermatiques jusqu'à l'entrée dans la veine cave ;

23. N° 125, 1900. Pyosalpinx, colpotomie 36 heures après l'entrée. Mort deux jours p. o ;

24. N° 146, 1900. Péritonite. Mort 5 jours après l'entrée ;

25. N° 223, 1900. Avortement dix jours auparavant, malade depuis quatre jours ; fièvre, frissons, pyosalpinx gauche. Quatre jours après l'entrée, colpotomie : beaucoup de pus puant. Cinq jours p. o., perforation intestinale ; douze jours p. o., mort par septicémie ;

26. N° 325, 1900. Avortement incomplet depuis 4 jours. Anémie excessive. Embollie cérébrale. Mort 40 heures après l'admission ;

27. N° 513, 1900. Avortement une semaine auparavant. Entre à la clinique dans un état grave d'infection générale. Vomissements, convulsions, respiration type de Cheyne-Stokes. Mort 5 jours après l'admission ;

28. N° 186, 1901. Avortement dix jours auparavant. Collection purulente intra-péritonéale énorme. Colpotomie. Mort deux jours après l'admission ;

29. N° 28, 1902. Avortement une semaine auparavant. Infiltration paramétrane, pyosalpinx. Colpotomie. Mort 4 jours après l'admission.

Enfin, il nous reste à examiner les cas d'avortement provoqué

confessés. Parmi les autres, il n'y a pas mal de cas dans lesquels nous avions des suppositions graves qu'il s'agissait d'avortement provoqué, mais je n'enregistre ici que les cas bien avérés.

Il y a d'abord onze cas de guérison dans lesquels se trouvent :

Avec une température maxima entre. . . .	38° et 38°,5	3
— —	38°,6 et 39°	3
— —	39°,1 et 39°,5	4
— —	40°,1 et 40°,5	1
et avec une fréquence maxima du pouls entre	90 et 100	1
— —	101 et 110	5
— —	111 et 120	4
— —	121 et 130	1

Les cas de mort sont les suivants :

30. N° 90, 1898. Mort 19 jours après l'entrée. Autopsie : Collection purulente dans le cul-de-sac de Douglas, perforé dans le rectum. Péritonite généralisée ;

31. N° 10, 1899. Mort le jour après l'admission, de péritonite généralisée ;

32. N° 70, 1901. Admise environ trois semaines après l'avortement. Morte 24 heures plus tard. Autopsie : Péritonite purulente généralisée, pyosalpingite bilatérale ;

33. N° 231, 1901. Avortement neuf jours avant l'admission. Mort 3 jours 1/2 après. Autopsie : Abcès multiples dans le poumon droit, pelvipéritonite purulente ;

34. N° 185, 1902. Avortement huit jours auparavant. A l'admission endométrite purulente, tumeur annexielle dure bilatérale. Stomatite ulcéreuse. Examen bactériologique du sang (dr. Alex. Klein) : staphylocoques non virulents pour des souris blanches. Les jours suivants : frissons répétés, dyspnée, toux. Mort 5 jours après l'admission. Pas d'autopsie.

En résumant les données précédentes nous voyons qu'à côté de 690 cas de guérison d'infection puerpérale il y a 34 cas de mort.

Dans ces derniers cas, il s'en trouve six qui ne montrèrent pas de signes cliniques d'une localisation de l'infection hors de l'utérus.

Ce sont les cas décrits sous les numéros 2, 8, 9, 10, 12 et 14. Malheureusement dans deux de ces cas seulement l'auptosie a pu être faite, mais dans ces deux l'insuffisance d'une hystérectomie éventuelle est bien nettement démontrée.

Dans l'observation 9, il y eut néphrite septique aiguë, et dans l'obs. 10, une thrombose purulente d'une veine spermatique allant jusqu'à la jonction avec la veine cave inférieure.

La malade de l'observation 2, morte 4 jours post partum, ne

serait guère opérée aujourd'hui, pas même par les partisans les plus fervents de l'hystérectomie, non plus que celle de l'obs. 12, morte 36 heures après le curage de l'utérus, que tout le monde conseille de faire d'abord dans des cas pareils.

Il ne reste donc que deux cas (obs. 8 et 14) justiciables de l'hystérectomie avec des chances de détourner l'issue funeste par l'opération.

Voilà donc la réponse au premier terme de la question posée ci-dessus. Pour avoir la réponse au second terme, celui qui s'occupe de l'efficacité de l'hystérectomie, il nous faudra faire une statistique des observations publiées jusqu'ici. Si une telle statistique doit vraiment avoir de l'importance, il faudra avoir soin de n'y faire entrer que des cas bien définis et d'en éliminer tous ceux qui pourraient embrouiller la question. En suivant le programme que je me suis tracé, j'en éliminerai donc tous les cas dans lesquels l'hystérectomie a été faite pour la rétention placentaire, pour le pyosalpinx, pour des fibromes en voie de putréfaction, etc. Pour tous ces cas les indications de l'hystérectomie sont plus ou moins nettes, mais il ne s'agit pas là de l'opération comme moyen de combattre l'infection. Je commence par répéter cette déclaration pour qu'on ne me reproche pas de faire un triage volontaire des observations publiées. On verra du reste que, par ce triage nécessaire, je ne tiens pas compte de mes observations personnelles, qui toutes sortent de notre cadre limité.

En outre je suis forcé de laisser de côté les observations dont on ne peut trouver dans la littérature que quelques mots ne précisant rien du tout.

En agissant de cette manière on trouve les cas suivants :

a) PROCHOWNICK (1), obs. I : Avortement provoqué. Fièvre avant l'expulsion de l'œuf. Fœtus en partie hors du col; tamponnement. Le lendemain œuf entier derrière le tampon dans le vagin, température anale 40°,4. L'après-midi 40°,7; pouls 141. Goutte de sang du doigt contient des streptocoques « en masse ». Hystérectomie vaginale. Après l'opération, température 40°,3, pouls 160. Pendant 6 jours température entre 37°,8 et 38°,6. *Guérison.* « L'utérus est farci, jusque dans la profondeur du parenchyme, d'une quantité de petits abcès à contenu purulent et sanguino-ichoreux »;

b) PROCHOWNICK, obs. III : Avortement incomplet. Pyométrie. Curettage.

(1) L. PROCHOWNICK, Die Ausschneidung der puerperal-septischen Gebœrmutter. *II. Theil. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn*, X, 1889, p. 14. ssq.

Dans le produit du raclage, staphylocoques, pas de streptocoques. Cinq jours plus tard, streptocoques dans le sang. Hystérectomie vaginale. Continuation des frissons. *Mort* 13 jours p. o. Petit foyer de gangrène pulmonaire ; pas d'autres métastases ;

c) PROCHOWNICK, obs IV : Avortement. Infection par la main du médecin. Streptocoques dans le sang. Léger bruit de frottement à la valvule mitrale. Hystérectomie vaginale 4 jours après le commencement de la fièvre. *Mort* 36 heures p. o. Pas d'autopsie ;

d, e, f) BUMM (1) : « Dans trois autres cas dans lesquels il s'agit d'endométrite septique par streptocoques, l'hystérectomie ne donna pas de résultat. Les malades *succombèrent* bientôt à l'infection. Il se trouva à l'autopsie, que l'hystérectomie fut faite par le vagin ou par la laparotomie, un enduit purulent des moignons, tandis qu'un commencement de pelvipéritonite démontra l'extension de l'infection des moignons au péritoine » ;

g) SIPPEL (2) : Endométrite purulente après rétention du placenta. Amputation supravaginale 16 jours post partum. Traitement extra-péritonéal du moignon. Fièvre pendant plus d'une semaine. *Guérison ;*

h) V. WEISS (3) : Placenta prævia centralis. Adhérence du placenta délivrance manuelle difficile. Jour suivant, fièvre. Hystérectomie vaginale 36 heures post partum. *Mort* 40 heures p. o. Autopsie : Péritonite séropurulente aiguë générale ; oophorite et paramétrite phlegmoneuse aiguë ;

i) HEGAR (4) : Accouchement spontané. Premiers dix jours post partum, température pas au-dessus de 38°. Le 11e jour on enlève un petit débris placentaire. Deux heures plus tard, frissons, fièvre. Le 13e jour, 48 heures après le premier frisson, hystérectomie vaginale. *Mort* 25 jours p. o. Autopsie : Myocardite ; œdème pulmonaire septique ; thrombose septique des veines iliaque et crurale gauches ; pleurésie ;

j) MACKENRODT (5) : Après l'ablation de l'utérus septique dans un cas très grave de fièvre puerpérale, il y eut d'abord une rémission complète de tous les symptômes pendant 4 jours. Puis phlegmon du ligament large gauche, abcès, perforation dans le péritoine. *Mort* par péritonite ;

k) MACKENRODT (6) : Suppuration du col avec ulcération à la lèvre antérieure. Avortement au 3e mois. Cautérisation du col ouvert. Onze jours plus tard hémorragie dangereuse, curettage. Immédiatement après, frissons, fièvre augmentant pendant trois jours.

Albuminurie. Délire. Hystérectomie. Métrite septique, dyphtéritique. Deux heures après, température normale. *Guérison ;*

---

(1) E. BUMM, *Ueber die chirurgische Behandlung des Kindbettfiebers*, 1902, p. 9.

(2) A. SIPPEL, Supravaginale Amputation des septischen-puerperalen Uterus. *Centralblatt f. Gyn.*, 1894, p. 667.

(3) O.-V. WEIS, Zur Kasuistik der Placenta prævia centralis. *Centralblatt f. Gyn.*, 1897, p. 641.

(4) W. YPMA, *Ein Fal von Sepsis puerperalis mit Exstirpatio uteri vaginalis.* Diss. Freiburg, 1896, Berlin.

(5) MACKENRODT, Ueber Exstirpatio Uteri. *Verh. d. deutschen Gesellsch. f. Gyn.* Leipzig, 1897, 478.

(6) Cité par BRAUSEWETTER, Neuere Arbeiten über Abortbehandlung. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, VI, p. 534.

l) DOERDERLEIN (1), obs. I : La malade entre à la clinique 18 jours après l'accouchement. Température 39°,5. Trois jours plus tard, on enlève quelques débris placentaires. Les jours suivants, la température oscille entre 37°,9 et 39°,9, le pouls entre 111 et 130. Parce que la température est tellement élevée, le pouls tellement mauvais et que l'écoulement sent mauvais, « hystérectomie vaginale ». L'endométrium enlevé de l'utérus présente un bon aspect, à l'exception de l'insertion placentaire décolorée. Pas de pus ni de streptocoques. *Guérison;*

m) CARBONELLI (2) : Fièvre irrégulière pendant vingt-huit jours post partum. Hystérectomie vaginale. Dans le tissu utérin sept ou huit petits abcès. La température reste élevée : plusieurs abcès sous-cutanés. *Mort* 51 jours p. o. Autopsie : Anémie, stéatose diffuse des viscères abdominaux, néphrite bilatérale, abcès derrière l'S iliaque;

n) VINEBERG (3), obs. II : Fièvre depuis le seizième jour post partum. Trois jours plus tard température 39°,4, pouls 120. Curettage. « Ordonné des irrigations intra-utérines, mais l'ordre ne fut pas exécuté. » Trois jours plus tard, le matin, température 39°,7, pouls 130. Douches intra-utérines, excitants. Le soir du même jour, apathie, délire, température 40°,8, pouls 154. Hystérectomie abdominale. Ligaments larges œdématiés ; dans l'utérus débris placentaire douteux. *Guérison* lente ;

o) VINEBERG, obs. IV : Fièvre depuis le deuxième jour post partum. Curettage qui enlève en grande partie la paroi utérine postérieure. Le 14e jour, VINEBERG vit la malade pour la première fois. Température 41°,1, pouls 140 à 150. Colpotomie exploratrice. Deux jours plus tard, hystérectomie abdominale. *Guérison.* Plusieurs abcès dans l'utérus au-dessous du péritoine ;

p) DAVIS (4), obs. I : Primipare, température au-dessus de 38°,9, descendant graduellement à 37°,8. Deux semaines post partum, laparotomie, inspection de l'utérus. « Sous le revêtement péritonéal on vit de multiples petits abcès dans le parenchyme utérin. » Amputation supra-vaginale, traitement extra-péritonéal du moignon. *Guérison.* « A la coupe, l'utérus montra de petits abcès multiples » ;

q) LAPTHORN SMITH (5) : Hystérectomie cinq jours post partum. Rien aux annexes. Pus dans les sinus utérins. *Guérison ;*

r) HIRST (6) : « Hystérectomie deux semaines après l'accouchement. Endométrite diphtéritique. Rien en dehors de l'utérus. *Mort* » ;

s) BOLDT (7) : Sixième jour post partum, frissons, température 40°. Fièvre irré-

---

(1) ZIPPERLEN, *Die Totalexstirpation des septischen Uterus.* Diss. Tuebingen, 1899.

(2) CARBONELLI, *Rendiconto clinico della Maternità di Torino*, degli.

(3) HIRAM N. VINEBERG, The surgical treatment of acute puerperal sepsis, with special reference to hysterectomy. *Amer. Journal of the med. Sciences.* Feb. 1900, Reprint, p. 8.

(4) EDWARD P. DAVIS, When shall celiotomy be performed in the treatment of puerperal sepsis? *Amer. Journ. of Obst.*, I, p. 155.

(5) LAPTHORN SMITH, A case of puerperal peritonitis treated by amputation of the uterus. *Amer. Journ. of Obst.*, 1892, I. p. 43.

(6) Cité par BALDY, Abdominal section for septicæmia. *Amer. Journ. of Obst.*, 1895, II, p. 8.

(7) H.-J. BOLDT, The indications for hysterectomy and the indications for abdominal section and drainage in puerperal infection. *New-York med. Journ.*, 1901.

gulière. Trois semaines p. p., température 39°4, pouls 124. L'examen par BOLDT ne fit trouver qu'une métrite septique et fut suivi d'une élévation de la température à 41° avec un pouls de 156. Jour suivant, hystérectomie. *Guérison ;*

t) CARPENTER (1) : Cinquième jour, température 40°,3. Tissu placentaire décomposé enlevé par le curettage. Sixième jour, le matin, température 39°,1, pouls 120 ; le soir, 40°.7, pouls 148. « Cette température et cet état du pouls persistèrent le matin suivant. J'observai à ce moment un écoulement purulent abondant de l'utérus. » Hystérectomie. *Guérison ;*

u) GOLDSBOROUGH (2) : Troisième jour post partum, température 40°,3, pouls 120. Quatrième jour, écoulement fétide, température 38°,5, pouls 130. Cinquième jour : « déjà une pleurésie septique s'est déclarée ». Hystérectomie. *Guérison* (De la pleurésie plus un mot);

v) PORAK (3): Entrée à l'hôpital 23 jours post partum. Ecoulement purulent, température 38°,9 pouls 120 à 140. Traitée pendant neuf jours par des irrigations intra-utérines sans succès. Hystérectomie. *Guérison ;*

w) TUFFIER (4) : Avortement de 4 mois et demi, curettage. Quatrième jour, frissons, température 39°,5, plus tard 41°,4. Cinquième jour, température 39°,9, pouls 128. Hystérectomie. *Guérison;*

x) TUFFIER : Fièvre depuis le 2° jour. Neuvième jour, hystérectomie. *Mort.* Autopsie : pas de péritonite;

y) HARTMANN (5) : Fièvre depuis le 2° jour. Cinquième jour, température 41°.2, pouls 132. Sixième jour, température 40°, pouls 160. Hystérectomie. *Mort.* Autopsie : la plèvre gauche contient environ un litre de pus, foie en putréfaction ;

z) TUFFIER (6) : Avortement incomplet. Température 39°,6; curage, écouvillonnage. Deux jours plus tard, température 40°,1 et 41°,7 ; frissons. Hystérectomie. *Mort* « avec tous les symptômes d'une péritonite post-opératoire ». Pas d'autopsie ;

a') BOUILLY (7) : Avortement provoqué. Fièvre avant l'expulsion du fœtus. Après la délivrance une journée d'apyrexie. Puis température de 39°, ensuite 40°, pouls à 112. Pendant 7 jours état stationnaire. Hystérectomie. *Mort*, sans aucun accident du côté du péritoine. Pas d'autopsie ;

b') DEMELIN et JEANNIN (8) : Physométrie. Deux jours post partum, fièvre et frisson ; quatre jours post partum, « troisième frisson, 39°, vomissements, facies mauvais ». Amputation supravaginale de l'utérus. *Guérison ;*

c') PORAK et POTOCKI (9) : Femme accouchée depuis quelques jours. « Elle ne paraissait pas atteinte de péritonite, la septicémie paraissait bien d'origine

(1) Cité par R. BONAMY, *De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.* Thèse, Paris, 1899, p. 42.

(2) Cité par BONAMY, *l. c.*, p. 45.

(3) Cité par BONAMY, *l. c.*, p. 88.

(4) BONAMY, *l. c.*, p. 55.

(5) In thèse de BROSSET, cité par BONAMY, *l. c.*, p. 57.

(6) BONAMY, *l. c.*, p. 94.

(7) M.-A.-C. WINTREBERT, *De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales.* Thèse, Paris, 1895, p. 46.

(8) DEMELIN et JEANNIN, Un cas d'infection puerpérale par putréfaction fœtale intra-utérine ; hystérectomie abdominale, guérison. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1901, p. 267.

(9) DEMELIN et JEANNIN, Un cas d'infection puerpérale par putréfac-

utérine. L'utérus était volumineux, le col était entr'ouvert, les lochies étaient fétides. L'état de la malade était d'ailleurs très grave et ne s'amenda pas après le traitement intra-utérin. » Hystérectomie. *Mort* « dans le cours de la nuit suivante »;

d') Maygrier (1) : Le soir de l'accouchement, fièvre. Frissons, température jusqu'à 41°,7. Traitement local sans effet. Le 13e jour hystérectomie. Fièvre nullement enrayée. *Mort* 31 jours p. o. Autopsie : aucun foyer nulle part;

e') Rochard (2), obs. V : Fièvre depuis le 2e jour post partum. Frissons. Traitement local sans succès. Le 12e jour, hystérectomie. « Il existe une phlébite des veines utérines, phlébite qui s'étendait aux ligaments larges ». *Mort;*

f') Terrier (3) : Avortement de 2 mois et demi. La malade vient le 11e jour à l'hôpital. Température à 39°,8 et pouls de 140 à 168. Frissons. « En présence de la rapidité et de la faiblesse du pouls, de l'anxiété respiratoire, étant donné également la sécheresse de la langue et les frissons, on décide de pratiquer l'hystérectomie. » Opération quatre heures après l'entrée de la malade. *Guérison;*

g') Quénu (4) : Jeune femme accouchée prématurément à cinq mois et infectée ; des lavages intra-utérins et le curettage laissant persister les accidents, je me décidai à l'hystérectomie. « L'utérus enlevé ne paraissait pas très malade. » *Mort* le 26e jour;

h') J.-L. Faure (5), obs. III : Infection datant de plusieurs jours. Curettage. Pendant quatre jours, tout semble aller bien, puis la température monte brusquement à 40 degrés, avec fléchissement du pouls, altération des traits et aggravation évidente de l'état général. Hystérectomie. *Mort*, quatre jours après, « sans phénomènes particuliers ». Pas d'autopsie;

i') J.-L. Faure, obs. V : « Accouchement le 17 mars, délivrance le 20. Entrée le 22, en pleine infection ; température 40°,6, pouls 130. Sueurs, frissons, peu de ballonnement ». Hystérectomie. « Les parois de l'utérus sont infiltrées et présentent par places des abcès interstitiels. » *Mort*, trois jours p. o;

j') Perret (6) : Fièvre depuis le premier jour post partum. Du 15e au 22e jour, la température oscille entre 40° et 41°, 6. L'état ne s'améliorant pas, hystérectomie. *Mort*, quelques heures plus tard. Abcès multiples sous le péritoine utérin.

Voilà donc en tout 36 observations d'hystérectomie dans des cas d'infection puerpérale où il n'y eut ni localisation extra-utérine, ni complications utérines (rétention placentaire, fibromes, etc.). Parmi ces 36, il y a 15 guérisons contre 21 cas de mort. A-t-on le droit de faire le raisonnement extrêmement simple suivant : il résulte de ce qui précède qu'un certain nombre de femmes grave-

---

tion fœtale intra-utérine ; hystérectomie abdominale, guérison. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1901, p. 267.

(1) *Ibid.*, p. 365.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1900, p. 205.

(3) *Ibid.*, p. 218.

(4) *Ibid.*, p. 219.

(5) *Ibid.*, p. 336.

(6) *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1902, p. 162.

ment infectées — mettons 16 pour cent — succombent. L'hystérectomie peut diminuer le nombre de ces cas de mort d'un bon tiers; donc l'opération est recommandable.

Evidemment on n'a pas ce droit, et ce raisonnement n'est pas du tout juste.

Dans les épicrises des observations terminées par la mort, il n'est pas rare de lire que la cause de l'échec fut que l'opération a été faite trop tard. Pour quelques cas exceptionnels, dans lesquels on a opéré presque pendant l'agonie commençante, la remarque est acceptable, mais pour la plupart des cas de mort il me semble qu'elle ne l'est pas. A moins qu'on ne veuille poser comme principe que dès le commencement d'une infection puerpérale grave il faut enlever l'utérus. Nous verrons tout à l'heure que ce principe a été posé vraiment. Mais si la petite statistique donnée aurait pu être meilleure, si l'intervention avait été un peu plus hâtive dans quelques cas, il est d'autre part bien évident que dans cette statistique il se trouve des cas dans lesquels on s'est beaucoup empressé d'opérer, et cela non seulement dans les cas de guérison, mais aussi dans les cas de mort. Cela équivaut à dire que l'on a fait alors une opération superflue dans 90 pour cent des cas, ce qui, au lieu de diminuer le danger de la malade, l'a augmenté :

Enfin, dans les cas de guérison après l'opération, même quand celle-ci paraissait être indiquée autant que possible, il faut toujours se demander si la malade n'aurait pu être sauvée sans cette opération mutilante et grave en elle-même ? A titre de preuve de cette dernière assertion je donne l'observation suivante :

N° 256, 1897. Multipare, admise à la clinique huit jours post partum. Fièvre depuis le second jour, température maxima 40°,2. A l'admission température à 39°,9 et pouls à 144. Au commencement la malade paraissait aller mieux, mais ce mieux ne dura pas, de sorte que, la température ne descendant pas, et l'état général devenant de plus en plus mauvais, le pronostic me parut tellement mauvais que je me décidai à faire l'hystérectomie vaginale. L'utérus était tellement friable que les pinces ne firent qu'en déchirer le tissu, ce qui rendit l'opération très difficile dès le commencement. Pour surcroît de malheur, le doigt occupé à libérer la vessie du col perfora la paroi vésicale. Alors, découragé, j'abandonne l'opération en me disant que je ne préfère pas hâter davantage la mort de la malade, qui me semblait inévitable. Quelques

points de suture dans le cul-de-sac postérieur, quelques autres à la plaie vésicale, un tampon dans le vagin, et la malade est reportée au lit.

Neuf jours après cet avortement opératoire, la femme est sans fièvre et, n'eût été la fistule vésicale, qui la retenait à l'hôpital pendant trois mois et demi, elle aurait pu nous quitter beaucoup plus tôt en parfait état de santé.

Cette observation me paraît être de nature à nous rendre sceptiques au sujet des bienfaits de l'hystérectomie et des résultats de cette opération comparés avec ceux du traitement obstétrical, de sorte que de tout ce qui précède la conclusion suivante me semble la seule permise : il y a des cas exceptionnels dans lesquels l'hystérectomie pourra peut-être sauver la malade, qui, sans cette intervention opératoire, serait condamnée.

Conclusion prudente, et même prudente à l'excès, si l'on veut, mais tout de même la seule acceptable pour ma conscience d'accoucheur et d'opérateur. Elle nous impose le devoir de chercher à déterminer quels sont ces cas exceptionnels qui demandent l'hystérectomie. En d'autres mots, et c'est là le point capital de toute la question, quelle est l'indication de l'hystérectomie dans les conditions qui nous occupent ? A ce sujet voici ce qui se trouve dans la littérature.

Celui qui va le plus loin, c'est bien M. Rochard (1). A la Société de chirurgie de Paris il a dit : « Dans tous les cas d'infection puerpérale grave qui mettent directement la vie de la femme en danger, il faut pratiquer la laparotomie. Celle-ci permettra de parer à toutes les éventualités qui pourront se rencontrer. Elle devra être suivie de l'hystérectomie abdominale toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un utérus infecté n'ayant pas fait sa régression. »

Je doute fort que l'on trouve un seul chirurgien, en même temps accoucheur, qui voudra d'une indication aussi étendue que celle de M. Rochard. Elle n'est nullement justifiée, me semble-t-il, ni par l'insuffisance des autres moyens de traitement, ni par les résultats de l'hystérectomie. En l'acceptant on sauverait *peut-être quelques* vies sans cela perdues, par l'opération on en perdrait *probablement plusieurs* qui sans elle auraient été sauvées, et on

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1900, p 209.

infligerait *certainement* une mutilation grave et superflue à une multitude de femmes jeunes que l'on rendrait stériles sans nécessité aucune.

Il y a déjà trop d'utérus enlevés sans indication suffisante pour qu'il soit désirable d'élargir de cœur léger le champ de l'hystérectomie. Quand M. Rochard dit : « On n'hésite pas à enlever les annexes des deux côtés chez des femmes dont les lésions ne mettent pas directement les jours en danger, et on aurait des scrupules devant une accouchée dont l'utérus infecté menace immédiatement la vie ? » Il n'y a qu'à lui répondre qu'une chose mauvaise ne peut jamais être une raison, pas même une excuse, pour en légitimer une autre également mauvaise.

Pour M. Terrier (1), « ce n'est qu'avec des observations complètes où l'examen bactériologique du sang de la malade et du contenu de la cavité utérine aura été pratiqué avec soin, que l'on pourra déterminer les cas où l'hystérectomie se trouve indiquée ».

Notons d'abord que, dans l'observation qui a donné lieu à ces remarques, l'opération a été motivée de la manière suivante : « En présence de la rapidité et de la faiblesse du pouls, de l'anxiété respiratoire, étant donnés également la résistance de la langue et les frissons, on décide de pratiquer l'hystérectomie. Ce sont donc des signes cliniques purs qui ont indiqué l'opération et non l'examen bactériologique, qui n'a été fait que plus tard. Celui-ci a montré « qu'il n'y avait pas de microbes dans le sang mais que la cavité utérine renfermait un streptocoque et trois variétés anaérobies ». Pour ce qui est de la présence des streptocoques dans la matrice, les observations obstétricales abondent prouvant que cela ne nécessite nullement une intervention aussi grave que l'hystérectomie. Et si l'examen du sang eût été fait, dans le cas de M. Terrier, avant l'opération, il eût plutôt dû faire renoncer à l'opération, puisque le sang ne contenait pas de germes.

Mais l'examen bactériologique du sang n'a pas du tout l'importance que lui a décernée dans un travail, d'ailleurs fort remarquable, M. Prochownick (2). Selon lui, la présence de streptocoques dans le sang serait une indication formelle de l'hystérectomie, puisque sans celle-ci le pronostic est nécessairement fatal. Si

---

(1) *Loc. cit.*, p. 221.
(2) *Loc. cit.*

l'opinion de M. Prochownick était juste, ce serait parfait. Malheureusement, elle ne l'est pas. A ma demande, M. Alex. Klein, dont la haute compétence en pareille matière est bien connue des bactériologues, a bien voulu faire pour moi quelques recherches. Je n'en cite que deux. D'abord le cas donné plus haut sous le numéro 34. Dans le sang, il ne se trouva qu'un staphylocoque, pas virulent pour des souris blanches, et pourtant la malade a succombé à l'infection générale. Cette observation prouve que l'absence de streptocoques dans le sang n'exclut pas du tout le danger de l'existence d'une infection mortelle.

Tout autre est l'observation suivante.

N° 89, 1902. Multipare, admise à la clinique huit jours post partum. Frissons répétés, température jusqu'à 40°,4, pouls jusqu'à 158. Examen du sang positif. Le sang contient des streptocoques et des staphylocoques. Pendant le séjour à la clinique il se développe rapidement un abcès paramétral qui est incisé neuf jours après l'entrée de la malade. Guérison rapide et complète.

Cette seule observation serait suffisante à montrer que l'examen bactériologique du sang, si intéressant qu'il puisse être, ne suffit nullement à indiquer l'hystérectomie, ni aucune autre opération.

Du reste, longtemps avant la publication de M. Prochownick (1899) des expériences décisives ont été faites à ce sujet. M. Petruschky (1) a publié, en 1894, une longue série de recherches très exactes, faites dans le laboratoire de Robert Koch ; il en ressort avec une certitude absolue que la présence des streptocoques dans le sang ne donne pas un pronostic fatal, pas plus que l'absence de microbes ne donne toujours droit à un pronostic favorable. Car, dans 14 cas d'infection puerpérale, examinés par M. Petruschky (pour nous en tenir à cette catégorie-là), il y eut 9 fois des résultats positifs de l'examen bactériologique du sang. Dans le sang se trouva une fois des staphylocoques et huit fois des streptocoques. Des dernières huit femmes, trois moururent et parmi les guéries il se trouva des cas dans lesquels les streptocoques furent d'une virulence extrême. Il n'a pas été question d'hystérectomie dans les cas de guérison, donc les recherches de M. Petruschky, comme

(1) JOHANNES PETRUSCHKY, Untersuchungen ueber Infection mit pyogenen Kokken. *Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankh.*, XVII, 1894, p. 59, ssqq.

celles de M. Klein, faites par des bactériologues compétents, prouvent d'une manière certaine que le critérium donné par M. Prochownick, ne vaut rien comme base de traitement de l'infection puerpérale.

En outre, dans les cinq cas avec résultat négatif de l'examen bactériologique du sang, il y eut un cas de mort, et l'autopsie révéla une infection streptococcique généralisée. Une preuve de plus que nous n'en sommes pas encore là à trancher la question de l'hystérectomie par des données bactériologiques.

Pas plus que le critérium bactériologique, un autre, admis par M. Prochownick, d'accord avec M. Freund, ne me paraît valable. Voici ce que dit M. Freund (1) : « L'indication de l'hystérectomie existe de plein droit dans la pyohémie à la suite d'un avortement (généralement criminel) provoqué d'une manière non soignée. Je n'ai jamais vu guérir une femme devenue pyohémique à la suite de telles manipulations. »

Il suffit de renvoyer à ma petite statistique personnelle pour prouver que l'infection à la suite d'un avortement criminel n'a pas un pronostic aussi sombre et que M. Freund est évidemment tombé sur une série noire; mais cela ne constitue pas une indication suffisante de l'hystérectomie.

Il n'est pas même besoin de recourir à une statistique quelconque pour réfuter l'indication que donne M. Cartledge (2) : « Le moment de l'hystérectomie dans la véritable infection puerpérale est arrivé quand un traitement local et général énergique n'a pas réussi à faire cesser la progression de la maladie. S'il réussit, le traitement non opératoire arrêtera la maladie EN TROIS JOURS. »

Si la dernière phrase était juste, la chose serait extrêmement simple. Mais il est impossible qu'il existe un accoucheur ne sachant pas que la phrase de M. Cartledge est tout ce qu'il y a de plus inexacte, et à l'indication qu'il donne on n'a qu'à opposer la variante d'un mot bien connu de Pajot : la chirurgie n'est pas une affaire d'horlogerie.

Point de doute que l'indication donnée par M. Vinebert (3) ne

(1) W.-A. FREUND, Methoden und Indikationen der Totalexstirpation des Uterus. *Hegar's Beiträge zur Geburtsh. und Gyn.*, I., 1898, p. 399.

(2) A. MORGAN CARTELDGE, Hysterectomy in acute puerperal sepsis. *Amer. gynæcol. and obst. Journal*, 1899, VIII, p. 34.

(3) *L. c*, p. 7.

soit inexacte, elle aussi. Selon lui, lorsque le traitement obstétrical ne réussit pas, qu'il n'y a pas d'exsudat dans le pelvis et que le pouls monte au-dessus de 130 et devient faible et petit, l'hystérectomie est indiquée.

Il résulte clairement et des différentes publications obstétricales, et de l'aperçu que j'ai donné plus haut de mes cas d'infection, qu'une fréquence du pouls bien au-dessus de 130 ne comporte pas du tout un pronostic fatal et ne peut donc, en aucune manière, indiquer l'hystérectomie. Pour être juste, il faut dire que l'auteur ajoute : « Je sais bien qu'une telle règle est plus ou moins arbitraire, et moi-même je ne l'ai pas toujours suivie. Il faut considérer encore beaucoup d'autres moments qui sont difficiles à décrire, comme la marche générale de la maladie, l'état général de la malade, la condition de la langue, le caractère du pouls, etc. »

Assurément ces dernières lignes sont plus exactes que la déclaration de M. Zipperlen (1) : « Le thermomètre et le doigt au pouls montreront toujours le bon chemin. »

Non, mille fois non, la question n'est pas aussi simple, et l'indication de l'hystérectomie ne peut être posée qu'en tenant compte autant de la nature du traitement obstétrical institué jusque-là et de son insuccès, que de *tous* les signes cliniques qu'une observation rigoureuse et aussi prolongée que possible fait découvrir.

Lorsqu'on arrive ainsi à la conclusion que la seule chance de salut se trouve dans l'hystérectomie, celle-ci sera indiquée.

Si, dans ces conditions, on perd la malade, on devra se dire que *peut-être* une opération plus hâtive l'aurait sauvée, mais aussi que *peut-être*, sans opération, le pronostic aurait prouvé ne pas être aussi fatal qu'on ne l'a cru, donc que *peut-être* la malade, non opérée, aurait survécu. Par contre, si l'opérée guérit, on devra se dire également que *peut-être* la malade se serait remise tout de même, donc que *peut-être* on l'a mutilée et qu'on l'a exposée à de nouveaux dangers sans nécessité. Somme toute, il n'est pas possible de donner pour le moment des indications à peu près précises de l'hystérectomie, et la faire ou ne pas la faire sera souvent pour le médecin une question de conscience et aussi de tempérament.

Pour formuler mes conclusions en quelques mots je dirai :

I. Les moyens usités dans le traitement de l'infection puerpérale

---

(1) *Loc. cit.*, p. 57.

localisée entièrement à l'utérus sont suffisants dans la grande majorité des cas.

II. Pour quelques cas exceptionnels, l'hystérectomie pourra réussir là où le traitement obstétrical échoue.

III. L'indication de l'hystérectomie ne devra être posée qu'après un examen clinique très exact et une évaluation consciencieuse du pour et du contre de l'opération.

IV. Celui qui fait beaucoup d'hystérectomies dans ces cas-là en fait certainement trop.

R. Pichevin (Paris). — Les indications du curage utérin ont été mal posées. La technique opératoire qui a été suivie dans certains cas est mauvaise. Les accidents continuent et on est amené à penser trop aisément à l'hystérectomie. La légitimité de l'extirpation de l'utérus, d'après certains auteurs, apparaît nettement, si l'on veut bien prendre en considération la mortalité de 10 p. 100 dans les cas d'infection puerpérale *grave* et la fréquence des lésions du parenchyme utérin (abcès, gangrène, etc.). Parmi les raisons qui devraient inciter l'opérateur à enlever l'utérus, on a fait entrer différents éléments d'appréciation peu susceptibles de guider le clinicien : gravité plus grande de la septicémie puerpérale dans les premiers mois de la grossesse, infection due aux mains de l'accoucheur ou de la sage-femme, putréfaction fœtale intra-utérine manœuvres opératoires obstétricales, etc.

Le tableau symptomatologique qui a été esquissé et qui serait de nature à déterminer le chirurgien à enlever l'utérus n'entraîne nullement ma conviction. Des malades qui ont présenté les graves désordres en question ont parfaitement guéri par les moyens aujourd'hui classiques. Elles n'étaient donc pas condamnées à mort. Enfin, il est dit qu'une des indications de l'hystérectomie est tirée de la situation suivante : l'accoucheur a tout essayé pour sauver sa malade, il fait appel au chirurgien en désespoir de cause. Il faut faire quelque chose. D'où l'indication de l'hystérectomie. Je n'insiste pas sur la doctrine. je ne crois pas qu'il soit d'une pratique recommandable d'agir ainsi.

Je suis mis en défiance par le silence gardé par certains opérateurs sur les statistiques. Sans doute on arriverait à en publier d'assez belles, si on se mettait à enlever des utérus plus ou moins infectés, mais, en vérité, cela ne constituerait pas un progrès.

Les malades traitées par les méthodes ordinaires ne succombent que rarement. Il est certain que certaines femmes intoxiquées d'une façon suraiguë ne sont pas justiciables de l'hystérectomie. Elle meurent en deux jours. Que ferait l'extirpation de l'utérus ? Le mal a déjà envahi l'organisme entier.

L'objectif que nous devons viser est de parfaire le diagnostic et d'essayer de déterminer cliniquement le siège des lésions. Parfois la situation est très grave, mais on sent qu'il existe une collection dans le cul-de-sac postérieur. La simple incision du Douglas donne des résultats parfois remarquables. Mais a-t-on diagnostiqué l'existence d'une péritonite suppurée, il faut faire l'incision sus-pubienne. L'évacuation simple du pus contenu dans le cœlome peut guérir un certain nombre de malades. Mais sent-on que les phénomènes graves sont dus à une lésion annexielle qui se prépare, il faut savoir attendre en dépit de l'élévation de température. Plus tard, on opérera dans de meilleures conditions. Que si l'on a la preuve que les lésions utérines graves sont prédominantes, on sera amené à pratiquer l'hystérectomie qui pourra être complétée par l'ablation des annexes altérées et des vaisseaux lésés. Mais il ne faut pas se le dissimuler, il s'agit d'une opération extrêmement grave, quand elle est réellement justifiée, par suite de l'état de faiblesse de la malade et de son intoxication générale.

Les indications de l'hystérectomie tirées de lésions importantes de l'utérus, gangrène utérine, abcès de la matrice, etc., sont légitimes. Mais ces cas ne sont pas fréquents, et le diagnostic — quoi qu'on en ait dit — n'est pas aisé.

Zweifel (Leipzig) rapporte un cas d'intervention suivie de mort ; l'autopsie lui montra un foyer de thrombose dans la veine hypogastrique. Cet auteur dit que si l'on opère dès les deux premiers frissons on a de grandes chances de trouver le thrombus localisé dans la veine ovarique ; si on opère plus tard, il faut parfois aller jusqu'à la veine hypogastrique, mais pas plus loin : certes l'opération est dangereuse, mais la phlébite amenant la mort dans au moins 60 p. 100 des cas, M. Zweifel croit cette intervention légitime.

Spinelli (Naples), d'après sa propre expérience et d'après l'étude approfondie de tous les cas publiés, est persuadé que l'hys-

térectomie pour l'infection puerpérale ne repose pas sur des bases suffisantes. Les indications sont difficiles à saisir, et l'on risque d'opérer trop tôt ou trop tard. D'autre part, les cas ne manquent pas où des malades condamnées guérirent très bien par un traitement banal général ou local. Aussi M. Spinelli admet-il que l'infection utérine puerpérale commande l'expectative, et fait opérer seulement quand il y a des indications positives.

Mazzucchi (Minturnes) préfère de beaucoup le curettage à l'extirpation de l'utérus. Il croit, d'après les travaux du professeur Pane, que toute opération met extraordinairement en danger la vie de la malade, quand le sang a perdu son pouvoir bactéricide, ce qui arrive dans les infections graves et prolongées.

Morisani (Naples) a pratiqué dans sa clinique quatre fois l'hystérectomie pour infection puerpérale. Dans le premier cas, il y avait un fibrome ; l'opération n'a été faite qu'après quarante-huit heures ; la malade est morte au bout de deux jours. Deux fois l'opération pour rétention de placenta a été suivie de guérison. Le quatrième cas est celui d'une femme chez laquelle l'utérus se déchira au cours d'une extraction manuelle du placenta.

Pour lui aussi la difficulté réside dans les indications opératoires et la discussion n'a pas apporté beaucoup de lumière. L'hystérectomie a été pratiquée au début un peu à l'aveuglette, mais, comme cette intervention a déjà à son actif quelques guérisons indéniables, elle doit encore être étudiée. Le professeur Morisani espère que les études arriveront à fixer les signes cliniques qui permettront de poser les indications opératoires précises. Comme technique, M. Morisani préfère l'hystérectomie par voie abdominale.

Fargas (Barcelone) a une prévention contre ce traitement, bien des fois il a essayé de pratiquer cette intervention, mais il avait la croyance que, dans quelques cas dans lesquels il y aurait un foyer unique, on pourrait obtenir des résultats.

Il s'est trouvé dans ces circonstances en deux cas : 1re malade, fibrome et rétention placentaire avec infection ; impossibilité à cause du fibrome d'extraire le placenta ; hystérectomie abdominale ; mort au deuxième jour ; 2e malade, avortement provoqué au cinquième mois ; rétention placentaire depuis deux mois ; infec-

tion très grave : extraction du placenta, curettage et tamponnément à la gaze créosotée ; l'infection restant toujours grave, l'auteur fit l'hystérectomie vaginale au cinquième jour après le curettage ; la malade mourut trois jours après.

Pour le moment, M. Fargas ne ferait pas l'hystérectomie contre l'infection puerpérale aiguë, excepté, naturellement, dans toutes les infections subaiguës ou chroniques avec localisation.

Pinard (Paris). — Après cette discussion, M. Pinard remarque que tous les travaux qui émanent des accoucheurs ont des conclusions très timides, tandis que les chirurgiens ont des opinions beaucoup plus radicales.

Il y a un certain nombre d'indications fermes sur lesquelles tout le monde est d'accord : rétention du placenta, fibromes putréfiés. Il se demande si, dans les cas opérés, les femmes n'auraient pas guéri sans intervention.

La Torre (Rome) a fait quatre à six fois le curettage ; il croit que, hors très peu de cas qui ne sont plus pour ainsi dire de l'infection, mais qui en sont l'effet, la pratique habituelle de l'hystérectomie doit être bannie, et elle doit être seulement pratiquée lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen à essayer. C'est l'*ultima ratio*.

— Ont encore pris part à la discussion : MM. Dudley Palmer, Sinclair (de Manchester) et Mann qui, d'une façon générale se rangent à l'opinion de la majorité, et n'admettent l'intervention que dans les cas nettement localisés et à allure nettement chronique, puis le président donne la parole aux rapporteurs.

Léopold (Dresde), se félicite des opinions conservatrices émises. Il est heureux de voir les tentatives de traitement médical de sérum artificiel, sérum antistreptococcique, mais il n'admet pas qu'on reste conservateur dans les cas désespérés.

Treub (Amsterdam) n'a jamais pensé qu'une discussion fournirait des indications opératoires précises. Il se félicite de la prudence exprimée par la plupart des membres de ce Congrès, même par les chirurgiens américains, qui ont sur le continent une réputation d'audace très grande.

Après quelques mots de M. le professeur Morisani, la séance est levée, l'ordre du jour étant épuisé.

TROISIÈME QUESTION

LA TUBERCULOSE GÉNITALE

A. Martin (Greiswald). — La question de la tuberculose génitale est devenue d'actualité depuis l'important travail de Hegar, en 1886, et, d'autre part, les gynécologues n'ont pas voulu rester en arrière du grand mouvement tuberculeux.

Le diagnostic ne peut être posé d'une façon absolue que si l'on a trouvé le bacille de Koch.

Les organes génitaux de la femme sont atteints de tuberculose beaucoup plus souvent qu'on ne pense.

L'infection tuberculeuse peut se localiser et développer dans toutes les parties de l'appareil génital.

L'apparition de la tuberculose dans les organes génitaux peut être primitive ; la forme secondaire est beaucoup plus fréquente.

Le bacille de la tuberculose s'introduit quelquefois par la vulve (infection ascendante) ; mais plus souvent par les parties supérieures (infection descendante).

Il est probable que l'infection dérive souvent de l'intestin, soit directement, soit par les ganglions, soit par le péritoine.

L'infection des organes génitaux peut se produire aussi par la voie du sang ou métastatique.

Dans toutes les formes de tuberculose, l'infection peut s'étendre d'une manière continue ou se propager par bonds.

D'ordinaire, plusieurs parties sont atteintes à la fois, laissant toutefois des parties saines au milieu d'elles.

La tuberculose guérit souvent au point d'origine, tandis que le processus devient très intense dans les organes génitaux.

Les affections chroniques dans les suites de couches, les affections blennorrhagiques et syphilitiques créent dans les organes génitaux une sorte de prédisposition. Il en est de même pour la dystrophie et l'hypoplasie.

On n'en connaît pas encore les symptômes pathognomoniques.

Quand une lésion inflammatoire des organes génitaux se trouve associée à une affection tuberculeuse dans d'autres organes, on doit soupçonner aussi la présence de la tuberculose dans les organes génitaux.

Un examen anatomique peut seul fournir un diagnostic assuré.

Dans la majorité des cas, on peut établir le diagnostic sur la présence du bacille de la tuberculose.

A défaut de celui-ci, beaucoup d'auteurs estiment que la constatation au microscope du tubercule peut être suffisante.

Le pronostic est toujours grave, mais il devient sans espoir seulement dans le cas de destruction étendue.

Quand la maladie est étendue et surtout quand elle s'est propagée à d'autres organes, il ne reste qu'à suivre le traitement général, et combattre chaque symptôme en particulier.

Quand l'affection est localisée aux organes génitaux, ou que ce même foyer fasse des progrès inquiétants, l'extirpation du foyer ou éventuellement de tout l'appareil génital peut donner une chance de guérison ; par conséquent on doit faire l'opération.

J.-L. Faure (Paris). — Sans avoir recours à des statistiques toujours fausses, inutiles et décevantes, je crois pouvoir affirmer que la tuberculose génitale est loin d'être rare, au moins dans ses manifestations annexielles. Je n'en ai pas rencontré moins de sept cas avérés, et comme je ne suppose pas avoir été particulièrement favorisé par le hasard, je suis obligé d'en conclure que cette localisation de la tuberculose est, en réalité, assez commune.

Elle nous intéresse donc directement, nous, chirurgiens, puisque nous avons souvent à la combattre et c'est surtout le côté pratique de la lutte que nous avons à soutenir contre elle que je voudrais envisager ici.

Je ne dirai donc rien de ses causes, ni de ses origines, et il nous importe peu de savoir si l'inoculation tuberculeuse se fait par la voie génitale ou par la voie sanguine, ou, comme il est probable, à la fois par l'une et par l'autre. L'important est qu'elle se fait et que, lorsqu'elle est faite, elle nous appartient.

Il me paraît aussi bien inutile d'étudier la tuberculose génitale dans ses manifestations histologiques, et la description des lésions microscopiques que peut produire le bacille de Koch sur l'utérus, les trompes et les ovaires, ne présente aucun intérêt pour notre œuvre de chirurgiens.

Mais les lésions grossières, celles que nous pouvons constater au cours même des opérations ont plus d'importance pour nous. Ce sont elles, en effet, qui dicteront notre conduite et qui guideront

notre main lorsque nous nous trouverons face à face avec elles et que nous devrons choisir le moyen le plus sûr pour en triompher.

Ces lésions se rapprochent beaucoup de celles que l'on observe dans les autres affections chroniques tubo-ovariennes, avec une tendance peut-être un peu plus accentuée à l'envahissement du péritoine, qui peut dans certains cas devenir le siège de lésions beaucoup plus importantes que celles qui lui ont servi de point de départ.

Cette affection, modifiant d'une façon aussi variable la physionomie du bassin, ne saurait présenter aucune symptomatologie particulière, aussi est-il inutile de donner ici un tableau de la tuberculose génitale.

Sans doute, il est quelques cas exceptionnels dans lesquels elle se présente avec un tel caractère d'évidence qu'il est impossible de la méconnaître. Certaines ulcérations du col avec tubercules périphériques faciles à voir, et survenant chez une phtisique avérée, en même temps que d'autres manifestations tuberculeuses, ou encore le développement rapide de masses annexielles volumineuses naissant dans les mêmes conditions et sur un terrain identique, surtout lorsque ces lésions annexielles s'accompagnent d'une invasion péritonéale manifeste, avec léger ballonnement du ventre, poches ascitiques isolées, accumulations néomembraneuses irrégulièrement disséminées, ne peuvent guère être attribuées à autre chose qu'à l'infection tuberculeuse.

Mais, dans la plupart des cas, il n'en n'est pas ainsi, et le chirurgien constate seulement soit sur les côtés de l'utérus, soit dans le Douglas, soit sur un point quelconque de la cavité pelvienne une ou plusieurs masses de volume, de consistance, de sensibilité très variables, et qui donnent, en un mot, l'impression que peuvent donner des annexites chroniques banales dont nous connaissons tous l'extraordinaire diversité de formes et de manifestations.

L'*évolution* ne donne pas de renseignements plus précis. La tuberculose annexielle peut s'installer sournoisement et se développer peu à peu sans provoquer de douleurs sérieuses. Elle peut, au contraire, naître au milieu de phénomènes aigus, ou présenter au cours d'une évolution froide des poussées douloureuses et fébriles. Elle peut d'ailleurs se compliquer d'infections secondaires, bien faciles à concevoir.

Tous ces phénomènes physiques et tous ces troubles fonction-

nels se retrouvent combinés les uns aux autres et enchevêtrés de mille façons, et c'est en réalité se livrer à un travail stérile que d'essayer de différencier cliniquement des affections que leurs signes cliniques unissent au contraire de la façon la plus étroite.

En dehors de quelques manifestations évidentes dont j'ai parlé plus haut, en dehors des cas exceptionnels dans lesquels l'examen des sécrétions utérines, si on croit devoir recourir à ce moyen bien rarement utile, permettra de déceler la présence du bacille de Koch, il faut renoncer à demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner, et prendre son parti de ne reconnaître la tuberculose génitale que pendant l'opération, et parfois même au cours seulement des examens histologiques des pièces que celle-ci aura permis d'enlever.

Quelquefois, et j'en ai vu un cas, la tuberculose annexielle peut marcher avec une telle rapidité qu'elle prend les allures d'une tumeur maligne. Des masses diffuses et de consistance inégale se développent dans le bassin, englobant l'utérus de tous côtés : remontant au-dessus du pubis, s'accroissant au point d'approcher rapidement de l'ombilic. Une ascite apparaît, plus ou moins abondante, qui fait penser à un envahissement rapide de la cavité péritonéale par les végétations désordonnées des néoplasmes ovariens à marche envahissante — en même temps l'état général s'altère, la malade maigrit, et tout concourt à faire penser à quelque tumeur galopante. On peut évidemment dans ces cas difficiles soupçonner la tuberculose ; mais je ne crois pas qu'il y ait un seul signe permettant de l'affirmer, en dehors de la constatation des poches ascitiques multiples, qui ne peuvent répondre qu'à des foyers tuberculeux limités par de fausses membranes, comme on en rencontre assez communément dans les péritonites tuberculeuses. Encore peut-il être impossible de savoir dans ces conditions si les masses tuberculeuses qui remplissent le bassin et la région sous-ombilicale de l'abdomen ont pris naissance dans les annexes pour s'étendre ensuite au péritoine, ou si, au contraire, c'est la tuberculose péritonéale qui a été primitive et a secondairement provoqué l'infection des annexes entourées de toute part de foyers tuberculeux actifs. Dans le cas qu'il m'a été donné d'observer, les lésions annexielles étaient si considérables et semblaient si invétérées qu'il me paraît évident qu'elles étaient primitives et que c'est elles qui avaient été le point de départ des lésions envahissantes qui remplissaient le péritoine.

Mais ce sont là des cas exceptionnels, comme le sont aussi les cas de tuberculose limitée au col de l'utérus et qu'il est possible de reconnaître à l'examen direct.

En pratique, la tuberculose génitale se réduit à la tuberculose des annexes, et ses symptômes se confondent absolument avec ceux de salpingo-ovarites chroniques, dont il est cliniquement à peu près impossible de la distinguer.

Traitement. — Je ne veux pas m'étendre davantage sur ces questions, que les discussions les plus nourries ne font pas avancer d'un pas. J'estime qu'il vaut mieux étudier avec soin la façon dont il faut traiter les lésions tuberculeuses lorsque les hasards de la clinique nous mettent en leur présence. Au surplus, je pense que ces questions de thérapeutique ne sauraient être approfondies avec trop de soin, surtout en ce qui concerne la technique opératoire proprement dite. Nous sommes tous d'accord en principe sur la nécessité d'intervenir. Nous ne différons que sur la façon dont il faut conduire l'intervention. Chaque chirurgien agit suivant la conception particulière qu'il se fait d'une opération dont en somme le résultat final, qui est l'extirpation complète des parties malades, doit être toujours identique. Mais tous les moyens qui permettent d'obtenir ce résultat n'ont pas la même valeur, et le choix des procédés opératoires a beaucoup plus d'importance qu'on a coutume de lui en attribuer. Tel procédé judicieusement employé peut, dans certaines conditions, permettre d'exécuter facilement une opération presque impraticable par un procédé différent, qui, lui-même, dans une autre circonstance, pourra se montrer supérieur. Dans les cas faciles, évidemment, tous les procédés sont bons; mais dans les cas difficiles et compliqués, comme le sont en général les cas de tuberculose annexielle, il n'en est pas de même. Il y a, dans ces conditions, des procédés types bien supérieurs les uns aux autres, et c'est ce que je voudrais m'efforcer de démontrer ici.

Je n'insiste pas sur la question des *indications thérapeutiques*. Il est évident que tout foyer de tuberculose génitale reconnu doit être détruit. C'est une règle absolue et qui ne souffre d'autre exception que celles qui sont communes à toutes les interventions et qui se résument en somme dans l'impossibilité évidente pour la malade de supporter une opération quelconque.

Mais si rien dans l'état général ne paraît s'opposer à l'exécution

d'une opération destinée à faire disparaître le foyer malade, il me paraît évident qu'il faut la pratiquer.

On sait qu'en règle générale les salpingites chroniques doivent être enlevées, parce que, dans les conditions de la chirurgie actuelle il y a beaucoup moins de risques à courir en extirpant l'utérus et les trompes chroniquement infectées, qu'en les abandonnant à leur évolution naturelle. Dans la tuberculose des annexes, l'indication opératoire est plus pressante encore. Un foyer d'annexite tuberculeuse présente en effet tous les inconvénients et tous les dangers d'un foyer d'annexite banale. Mais il constitue en outre un risque permanent d'infection tuberculeuse, et s'il est quelquefois permis de temporiser en présence d'une annexite ancienne, refroidie, peu douloureuse et en somme peu dangereuse, il n'est pas permis de laisser sciemment un foyer de tuberculose toujours grave et toujours menaçant quand on peut le faire disparaître au prix d'une opération dont les risques, bien peu réels, ne peuvent être mis en balance avec les avantages qu'on en peut retirer.

Tout foyer de tuberculose génitale doit donc être enlevé.

D'ailleurs, il faut reconnaître que l'indication opératoire se pose rarement dans ces termes. Nous savons combien il est rare de reconnaître avant l'opération la nature exacte de la maladie. Et puisque l'opération précède presque toujours le diagnostic, il est de toute évidence que l'intervention est ordinairement dirigée non pas contre un foyer de tuberculose inconnu ou méconnu jusqu'à l'heure de l'opération, mais bien contre les accidents ordinaires d'une annexite chronique banale. Si bien que la question qu'il faut résoudre n'est pas celle de savoir comment il faut traiter la tuberculose génitale, et en particulier la tuberculose annexielle, mais bien celle de savoir ce qu'il faut faire lorsqu'au cours d'une opération on s'aperçoit qu'on est en présence de lésions tuberculeuses évidentes ou simplement probables.

Tuberculose du col utérin. — Il est cependant un cas, d'ailleurs rare, dans lequel la conduite à tenir est simple. C'est lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose du col utérin, manifestement reconnue, soit par les caractères cliniques, soit même par un examen microscopique. Si l'on a des raisons sérieuses de penser que la lésion est localisée au col, s'il n'y a aucune trace de tuberculose utérine, si les annexes sont parfaitement saines, il me paraît évident qu'on devra se contenter de l'opération la plus simple et la

plus bénigne. Je n'ai aucune confiance dans l'action des médicaments même les plus actifs, sur ces lésions cervicales. Quand la tuberculose s'est implantée dans un tissu comme celui du col utérin d'une façon assez sérieuse pour donner lieu à une ulcération caractéristique, elle a bien des chances pour pénétrer à une certaine profondeur et pour porter ses follicules et ses bacilles loin des atteintes des agents appliqués superficiellement sur le col, quelles que soient d'ailleurs leur puissance et leur activité.

Le meilleur traitement est alors la destruction de l'ulcère au thermocautère. Si l'on veut enlever le col à une certaine hauteur, mieux vaut se servir de ciseaux que de bistouri.

Tuberculose de l'utérus. — Mais tout en acceptant cette façon d'agir comme rationnelle et légitime, il me semble qu'il y a mieux à faire. En réalité, il est impossible de savoir à quelle hauteur s'arrêtent les lésions tuberculeuses, et, pour peu que la muqueuse cervicale paraisse dépassée, pour peu que la cavité utérine soit atteinte, je crois qu'il faut aller plus loin et qu'on doit avoir immédiatement recours à l'opération la plus large. Le curettage le plus énergique, la thermo-cautérisation elle-même de l'utérus sont illusoires ou insuffisants : il faut enlever l'utérus si l'on veut enlever sûrement le foyer tuberculeux qu'il contient. Et voici fait le premier pas dans le traitement de la tuberculose génitale par l'hystérectomie.

Je suis resté, dans nombre de cas, fidèle à l'hystérectomie vaginale. Quand l'utérus n'est pas trop volumineux et surtout quand il est mobile et sans adhérences qui risquent de s'opposer à sa descente et de causer des déchirures vésicales, quand il n'y a aucun doute sur la nécessité de le sacrifier, c'est une opération merveilleuse. Elle est facile, rapide, élégante et bénigne. Elle demande à peine quelques minutes et n'éprouve pas la malade. Je m'explique mal l'ostracisme dont beaucoup de chirurgiens frappent cette opération idéale. Sans doute dans les cas où le diagnostic est douteux on a raison de la proscrire, puisqu'elle entraîne des lésions irréparables. Mais lorsqu'on a la certitude que l'utérus doit être sacrifié, pourquoi ne pas avoir recours à l'opération qui permet de le faire de la façon la plus simple et la plus bénigne ?

Mais il faut que l'extirpation puisse être facile et complète. Il est donc de toute nécessité que les annexes soient saines, ou tout au moins paraissent telles. S'il est permis, dans certains cas de sup-

purations pelviennes aiguës, de pratiquer l'hystérectomie vaginale en laissant au besoin dans le ventre des annexes ou des fragments d'annexes qui se sclérosent et guérissent ensuite d'une façon à peu près parfaite, il n'en est pas de même dans les cas de tuberculose, et, pour peu que les annexes soient malades ou simplement suspectes, elles doivent être enlevées d'une façon radicale et complète.

Quand l'utérus atteint de tuberculose évidente est bien mobile, quand les annexes sont saines ou paraissent l'être, il est facile de les enlever avec l'utérus par la voie vaginale. Dans ces conditions, je conseille donc fermement d'avoir recours à l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes.

Mais si l'utérus est tant soit peu fixe, s'il s'abaisse mal, si les annexes sont volumineuses et qu'il y ait lieu de les croire envahies, il n'y a aucune hésitation à avoir, il faut agir comme si l'on se trouvait en présence d'annexites tuberculeuses. Les lésions utérines passent au second plan, et c'est à la voie haute qu'il faut avoir recours dans les conditions que j'aurai à examiner tout à l'heure.

Tuberculose des annexes. Indications opératoires. — La tuberculose génitale, nous le savons, se localise presque toujours dans les trompes et dans les ovaires, et c'est, en conséquence, au traitement de la tuberculose annexielle que je veux surtout m'attacher. Tout foyer de tuberculose développée dans les annexes doit être extirpé largement. Voilà le principe fondamental de toute thérapeutique efficace.

Évidemment si les annexes d'un côté sont seules malades, on se gardera bien de toucher à celles du côté opposé, et on conservera l'utérus. Mais il faut se garder des opérations conservatrices, et sacrifier sans remords tout ce qui paraîtra suspect. Tous les chirurgiens ont actuellement une tendance à conserver, dans les annexites chroniques simples, tout ce qui peut être conservé, soit du côté de la trompe, soit surtout de l'ovaire.

L'application judicieuse de ce principe présente des avantages évidents. Mais avec la tuberculose, il doit être sévèrement condamné. Toute trompe malade, tout ovaire suspect doivent être détruits. Si les lésions, graves ou légères, sont bilatérales, l'utérus, inutile, infécond, envahi peut-être lui-même par d'invisibles tubercules, doit être sacrifié. La question de la castration totale dans les annexites chroniques semble aujourd'hui résolue,

et les chirurgiens qui croient devoir conserver l'utérus deviennent de moins en moins nombreux. Il ne sert qu'à entretenir indéfiniment les phénomènes douloureux d'une inguérissable métrite. Mais si sa présence est un inconvénient et une gène, elle ne constitue pas un véritable danger. Il est d'ailleurs presque toujours le siège de quelque métrite banale, il est inutile, il peut être dangereux. Il doit donc être sacrifié en même temps que les annexes.

Un autre argument sur lequel j'aurai à insister plus loin plaide encore en faveur de son extirpation. Dans les cas difficiles, lorsque les annexes adhérentes sont à peu près inabordables, l'enlèvement de l'utérus donne de la place et du jour et facilite singulièrement la décortication des annexes malades. Il permet donc de faire une opération à la fois plus complète et plus facile et par conséquent plus satisfaisante.

Ici comme dans les annexites communes, c'est à la voie haute qu'il faut avoir recours. Je ne reviens pas sur des discussions depuis longtemps épuisées. La voie haute est la seule qui permette de faire un diagnostic précis et de faire des opérations partielles si les annexes d'un côté et l'utérus par conséquent sont assez sains pour être conservés. C'est aussi la seule qui permette, lorsque tout est malade, de faire des opérations étendues absolument complètes et de nettoyer le bassin de tous les foyers malades qu'il contient, aussi parfaitement qu'on peut le désirer.

Il y a cependant une exception à cette règle, exception sur laquelle j'insiste, parce qu'elle ne me paraît pas universellement acceptée.

Je fais allusion à la conduite à tenir dans les cas de poussées aiguës, même suraiguës, qui peuvent compliquer la tuberculose annexielle. Des infections secondaires peuvent donner naissance à des suppurations pelviennes, à marche rapide, inquiétante et parfois mortelle. L'infection tuberculeuse, si par hasard elle est connue, s'efface alors et disparaît devant l'infection septique. C'est celle-ci qui devient menaçante, et c'est elle qu'il faut traiter. Or, c'est ici à la voie vaginale qu'il faut avoir recours, quelles que soient les complications, l'étendue des lésions pelviennes. Les suppurations septiques aiguës avec fièvre, retentissement péritonéal et symptômes d'infection grave doivent être ouvertes, évacuées et drainées par le vagin. C'est aller au-devant d'infections péritonéales graves et des accidents mortels que de se livrer par la voie

abdominale à l'extirpation de foyers annexiels septiques et purulents. Par la voie vaginale, au contraire, on peut établir soit par la colpotomie, soit lorsque celle-ci est insuffisante, par la large brèche que donne l hystérectomie, un drainage puissant. On ouvre au point le plus déclive une voie d'échappement au pus et au foyer septique. Dans ces cas graves et parfois désespérés, l'hystérectomie vaginale est souvent une opération irrégulière, très pénible, très difficile, qui demande au chirurgien qui l'exécute beaucoup de patience, d'énergie et d'habileté. C'est une opération héroïque et qui donne des résurrections. Je n'insiste pas davantage sur ce point, que j'ai développé plus largement au Congrès d'Amsterdam, en 1899.

D'ailleurs, ces cas aigus et virulents sont exceptionnels dans la tuberculose. Presque toujours on se trouve en présence de cas à marche lente et chronique, sans fièvre et sans phénomènes aigus. C'est alors à la voie abdominale et exclusivement à elle qu'il faut avoir recours.

Voilà donc établie la nécessité d'aborder par la voie abdominale les annexites tuberculeuses, soit de propos délibéré, si le diagnostic a été établi d'avance, soit qu'on les reconnaisse fortuitement en les prenant pour des annexites chroniques ordinaires.

Les procédés opératoires les meilleurs seront donc ceux qui permettront d'aborder les annexes avec le plus de facilité et de les décoller en courant le moins possible le risque d'ouvrir et de déchirer les organes auxquels elles adhèrent.

Lésions unilatérales. Salpingectomie. — Quand les lésions sont unilatérales, la conduite à tenir est simple et il n'y a pas de choix entre plusieurs manières de faire. Il n'y en a qu'une bonne, rationnelle et qui permette d'enlever les annexes avec le minimum de risques et de délabrements.

Toutes les fois que la chose est possible, il faut attaquer les annexes *par-dessous*, s'efforcer de les décoller *de bas en haut*. Elles sont ainsi infiniment plus faciles à séparer des organes auxquels elles adhèrent que lorsqu'on les attaque *par-dessus* et *de haut en bas*. Cette remarque ne s'applique, bien entendu, qu'aux cas dans lesquels il y a des adhérences sérieuses, car lorsque les annexes, même malades, sont libres, mobiles et sans attaches pathologiques avec les organes voisins, elles sont faciles à enlever, quelle que soit la façon dont on s'y prenne.

Mais pour peu que le cas soit difficile, il n'y a aucune comparaison à établir, en règle générale, entre les difficultés que l'on rencontre dans l'attaque des annexes de haut en bas et par-dessus, et la facilité relative que donne leur prise *par-dessous* et *de bas en haut*. C'est en haut et en dehors que sont presque toujours les adhérences étroites et solides avec des anses intestinales fragiles. C'est en bas que sont, du côté du cul-de-sac de Douglas et du ligament large, les plans de clivage et les espaces libres. De plus, les annexes une fois décollées et relevées vers le haut, le pédicule supérieur, celui qui contient les vaisseaux utéro-ovariens, s'isole de lui-même par la simple traction sur les annexes et est beaucoup plus facile à couper au bon endroit que lorsqu'il faut aller le chercher directement jusqu'au milieu des adhérences qui le dissimulent.

Or, il n'y a qu'une façon d'attaquer les annexes par-dessous, lorsqu'on n'enlève pas l'utérus en même temps : c'est de sectionner d'abord leurs attaches à l'utérus qui précisément les empêchent de s'élever et de basculer en dehors. Le premier temps de l'extirpation des annexes doit donc être l'isolement de leur pédicule utérin et la section de ce pédicule. Bien entendu, lorsque ce pédicule enfoui au milieu des adhérences n'est pas accessible, comme il arrive dans certains cas compliqués, on pourra être obligé d'avoir recours pour le trouver à des manœuvres préliminaires extrêmement variables, mais qui doivent toutes avoir pour objectif la recherche du fond de l'utérus, seul point de repère précis et facile à reconnaître dans un bassin comblé d'adhérences. Le fond de l'utérus reconnu, il est bon de l'attirer avec une pince qui l'élève et facilite ainsi beaucoup les manœuvres. On reconnaît alors la corne utérine du côté malade, on sectionne entre deux pinces le pédicule annexiel, et attirant les annexes ainsi détachées de leur insertion utérine en haut et en dehors, on les attaque par-dessous et on décolle en les renversant vers le haut. Si les adhérences avec les parties voisines et en particulier avec les intestins sont solides et abondantes, il peut y avoir des difficultés assez sérieuses, mais il y en a toujours moins, je le répète, lorsqu'on procède de cette façon que lorsqu'on attaque les annexes de front.

Le ligament large est ainsi ouvert tout le long de son bord supérieur : on lie isolément les vaisseaux qui saignent, on ferme le péritoine par un surjet au catgut, qui rétablit le bord supérieur du

ligament large, on reconstitue autant que possible la séreuse, parfois fort endommagée, et on termine l'opération comme on a coutume de le faire.

Cette opération ressemble en somme exactement à l'ablation d'une masse annexielle chroniquement enflammée, comme nous en rencontrons chaque jour.

Lésions bilatérales. Hystérectomie abdominale subtotale. — Mais si les lésions sont bilatérales, la conduite à tenir n'est plus la même. Sans doute, dans quelques cas on pourrait avoir recours à l'extirpation des annexes des deux côtés, en agissant pour chacune d'elles comme il vient d'être dit. Mais cette conduite doit être exceptionnelle. En principe, il faut tout enlever et faire sauter en même temps que les annexes un utérus qui, lui aussi, peut être envahi et qui est en tout cas plus nuisible qu'utile.

Je préfère de beaucoup l'*hystérectomie supravaginale ou subtotale* à l'hystérectomie totale. Ce n'est pas ici le lieu de recommencer une discussion épuisée. Mais les avantages de l'hystérectomie subtotale sont si grands, surtout au point de vue de la simplicité de l'hémostase, et par suite de la rapidité de l'opération, que je suis convaincu de sa supériorité.

Il est bien évident que si le col était malade, ou simplement suspect, le premier devoir serait de l'enlever avec le reste de l'utérus en pratiquant ainsi une ablation totale. Mais les cas de tuberculose du col sont si exceptionnels que l'indication de son extirpation se présente bien rarement.

Il est donc évident, pour moi, que, toutes les fois qu'il s'agira de pratiquer une hystérectomie abdominale avec extirpation des annexes malades, il faudra donner la préférence aux procédés qui attaquent de bas en haut le bloc utéro-annexiel à enlever, et particulièrement à ceux qui permettent de désobstruer le centre du bassin en supprimant ou en écartant l'utérus avant de s'attaquer aux annexes elles-mêmes.

Sans doute ne guérira-t-on pas tous les cas, mais il y a eu des résultats admirables dans quelques cas.

Il ne faut d'ailleurs jamais perdre de vue le traitement général.

Amann (Munich), rapporteur. — M. Amann s'est occupé, dans son rapport, plus spécialement de la pathogénie et de la prophylaxie.

La grande difficulté réside dans le siège primitif de la tuberculose génitale, et les différentes statistiques présentées à ce sujet sont essentiellement variables, et un foyer de tuberculose est réellement primitif quand il n'y a pas d'autre foyer en un point quelconque du corps, c'est dire que cette constatation ne peut se faire qu'à l'autopsie.

1. L'infection tuberculeuse congénitale se transmettant à travers les vaisseaux sanguins, et pouvant se localiser dans chaque organe, y compris ceux de l'appareil génital, est bien possible, on doit l'admettre. Certaines formes de tuberculose génitale chez la petite fille ont précisément cette origine, mais encore ici les germes s'établissent d'abord dans les ganglions et de là pénètrent dans le système circulatoire. Les petites filles atteintes de tuberculose congénitale des organes génitaux succombent vite ; cependant, il est possible que les manifestations soient précédées d'une longue période latente. Dans des cas très rares, les manifestations tuberculeuses primitives des organes génitaux externes chez les petites filles peuvent éclater à la suite d'une infection locale.

2. Chez les petites filles plus âgées comme aussi chez les adultes, c'est par les organes respiratoires que le bacille pénètre le plus souvent, c'est-à-dire par les ganglions cervicaux et trachéo-bronchiaux avec ou sans lésion de la porte d'entrée ; dans des cas beaucoup plus rares, l'infection primitive se manifeste dans les voies digestives, à travers les ganglions du mésentère. A la suite de la caséification des ganglions, les bacilles augmentent en nombre d'une manière considérable, et de là, par suite de l'érosion des vaisseaux sanguins, ils pénètrent dans le sang pour se rendre ensuite aux différents organes et y provoquer des foyers secondaires.

3. Il est prouvé que le foyer primitif des ganglions peut subir une transformation régressive plus ou moins prononcée, ou devenir même calcaire, pendant que les foyers secondaires situés dans les organes plus particulièrement disposés (os, reins, appareil génital) continuent à s'étendre, et peuvent, à leur tour, donner lieu à la tuberculisation par la voie du sang et provoquer la tuberculose miliaire.

4. Parmi les voies d'inoculation de la tuberculose génitale chez la femme, la voie sanguine seule a été démontrée d'une façon certaine; ce sont les cas de tuberculose où l'intestin et le péritoine ne sont pas intéressés.

5. La tuberculose génitale chez la femme est presque toujours accompagnée de la tuberculose des poumons ou des ganglions péribronchiaux. Les changements de forme présentés par les trompes, etc., dans les cas constatés de tuberculose d'origine sanguine, sont pareils aux changements typiques de la tuberculose des organes génitaux en général.

6. La prédisposition des organes génitaux à la tuberculose est plus prononcée dans le sexe féminin ; chez l'homme, 3 p. 100 des affections tuberculeuses intéressent les organes génitaux ; chez la femme, c'est 20 p. 100.

7. L'hypoplasie des organes génitaux augmente dans les deux sexes la prédisposition à la tuberculose (sur 80 cas d'hypoplasie des organes génitaux de la femme on a constaté 24 cas de tuberculose génitale, Merletti). Il paraît que les altérations chroniques inflammatoires (la blennorrhagie et les suites de couches) augmentent aussi cette prédisposition. La tuberculose génitale chez la femme se produit très rarement par suite de la propagation du processus tuberculeux du péritoine ou de l'intestin, ou par la voie des vaisseaux lymphatiques.

8. L'organe atteint le premier et avec une très grande intensité est presque toujours la trompe. L'infection de là se propage à l'utérus, au col, au vagin, suivant l'écoulement des sécrétions de la muqueuse génitale. Les mêmes organes peuvent être atteints à la fois ou bien par bonds successifs, à travers les vaisseaux sanguins.

9. L'existence de la tuberculose primitive génitale chez la femme, à la suite d'inoculation externe directe, est encore l'objet de discussions.

10. Les cas que l'on cite comme exemples de tuberculose génitale primitive donnent lieu, presque tous, à de graves objections. A cet égard, on ne doit pas donner grand poids aux résultats de l'examen clinique ou de l'opération, mais bien plutôt à l'autopsie, pourvu toutefois qu'elle soit pratiquée dans le but de découvrir tous les foyers qui pourraient être cachés dans les différents organes.

11. L'extension des lésions tuberculeuses dans l'appareil génital n'est pas un argument capable de décider s'il s'agit de tuberculose primitive ou secondaire.

12. Le passage des microbes de la tuberculose, qui ne sont pas

doués de mouvements propres, dans la trompe peut s'expliquer avec la coopération des spermatozoïdes. Le sperme des individus atteints de tuberculose peut contenir des bacilles, même dans les cas où les organes génitaux ne présentent aucun foyer spécifique.

Les bacilles suivent toujours le courant de la sécrétion, et doivent par conséquent se diriger de haut en bas ; les spermatozoïdes au contraire sont poussés dans une direction opposée.

Il faudrait donc admettre que les microbes de la tuberculose soient comme attachés aux spermatozoïdes. Du reste, le mouvement vibratile de l'épithélium ne peut exercer aucune influence.

Les recherches de Pinner ont démontré que les corpuscules sont transportés rapidement par les courants liquides dans l'utérus et le vagin a travers la trompe.

13. On a dit que le bacille pouvait s'introduire par les organes génitaux, pendant les rapports sexuels ; cette opinion est peu vraisemblable. A son avis, les rapports sexuels avec un homme atteint de tuberculose sont plutôt dangereux, à cause du risque qu'il y a de contracter l'infection par d'autres voies, surtout par les voies respiratoires, que pour les dangers que peuvent porter les rapports sexuels.

14. On ne rencontre presque jamais de manifestations tuberculeuses primitives des parties externes de l'appareil génital ou du vagin, avec tuméfaction des ganglions. On devrait les admettre pour les cas que certains auteurs regardent comme provenant de l'inoculation par le tissu paravaginal.

15. A son avis on doit attribuer une grande importance aux observations d'anatomie pathologique. MM. Bollinger, von Rechlinghausen, Ribberts, Albrecht (de Vienne), Schmaur, Schmorl, Aschoff (de Munich) déclarent n'avoir jamais observé un seul cas de tuberculose génitale primitive chez la femme.

La dénomination de forme ascendante et descendante pour la tuberculose génitale est inexate, parce que, même dans les cas que l'on désigne sous le nom de tuberculose génitale primitive et par conséquent ascendante, la trompe est l'organe le premier atteint.

Quand il y a tuberculose génitale chez des femmes avec atrésie du vagin, il faut éliminer la possibilité de l'infection exogène.

Comme pour la tuberculose pulmonaire, la prophylaxie de la tuberculose génitale réside dans l'augmentation de résistance de l'organisme ; dans l'éloignement, dans la mesure du possible, des

chances d'infection et dans le traitement des affections prédisposantes :

J. Veit (Leyde). — Se basant sur un grand nombre de statistiques allemandes, M. Veit admet que ;

1. La tuberculose génitale est plus fréquente qu'on ne croyait autrefois.

2. Il existe certainement une forme primitive de tuberculose génitale ; mais la forme secondaire est plus fréquente.

3. La pathogénie de la tuberculose génitale est descendante dans la plupart des cas ; elle est rarement ascendante ; cependant l'infection peut se manifester aussi par la voie des vaisseaux sanguins ou bien par les vaisseaux lymphatiques à la suite de lésions accidentelles.

4. Le diagnostic doit, autant que possible, se baser sur la présence du microbe de la tuberculose ; la constatation certaine du tubercule suffira aussi éventuellement.

5. La tuberculose génitale peut se guérir spontanément.

6. Dans la tuberculose génitale primitive ou isolée, le meilleur traitement que nous avons actuellement à notre disposition consiste dans l'opération radicale.

7. Dans la forme non localisée ou secondaire de tuberculose génitale, la thérapeutique est représentée tout d'abord par le traitement général et surtout dans des établissements *ad hoc* (sanatoria) ; mais il faut admettre aussi que dans certaines circonstances l'intervention chirurgicale donne des résultats satisfaisants et durables ; aussi peut-on l'indiquer dans des cas exceptionnels.

8. Dans le traitement palliatif il faut donner la première place à l'emploi de l iodoforme. M. Veit passe ensuite à la péritonite tuberculeuse et énonce les conclusions suivantes :

La péritonite tuberculeuse est toujours secondaire ; on distingue deux formes : l'une ascitique, l'autre adhésive.

L'altération des organes génitaux peut être primitive, secondaire, ou être limitée exclusivement à la tuberculose des enveloppes séreuses des organes génitaux.

Toute péritonite accompagnée de nodosités très répandues, quand elle n'est pas secondaire à la présence de tumeurs des ovaires ou d'un cancer, doit être soupçonnée comme étant de nature tuberculeuse.

La péritonite tuberculeuse est susceptible, bien que très rarement, de guérison spontanée.

La péritonite tuberculeuse peut guérir par la laparotomie ; les insuccès tiennent dans la plupart des cas à la présence d'affections tuberculeuses très avancées en d'autres parties de l'organisme.

Nous ne possédons pas encore d'explication généralement reçue au sujet de ces guérisons ; il nous paraît très vraisemblable qu'il s'agit de l'influence exercée par le sérum normal ou ayant acquis des propriétés antitoxiques.

Au point de vue thérapeutique, on opérera les cas de péritonite récente, toutes les fois qu'il se manifeste des troubles ; si l'on opère trop tôt, on risque d'être obligé de pratiquer une seconde opération.

Les cas de péritonite chronique doivent être tenus en observation ; si la tendance à la guérison spontanée ne se montre pas promptement, on aura recours à l'opération.

L'opération consistera dans la laparotomie pratiquée le long de la ligne blanche, l'évacuation du liquide et la fermeture de la cavité abdominale ; seulement, dans les cas où il y aurait des foyers tuberculeux localisés dans les organes génitaux, on y joindra l'opération radicale abdominale.

Gutierrez (Madrid). — La tuberculose primitive utérine existe et sera trouvée de plus en plus fréquente à mesure que l'on examinera mieux les sécrétions vaginales. Il en a trouvé 10 cas dans sa clinique et a démontré l'existence de bacilles de la tuberculose.

La tuberculose secondaire est plus fréquente, bien que dans les cas de salpingite et de péritonite tuberculeuse, il soit bien difficile de décider qu'elle a été le début de l'affection.

Des deux formes de tuberculose péritonéale (ascitique et adhésive), la première conserve plus longuement les forces de l'organisme, car elle n'empêche pas l'absorption intestinale, tandis que la seconde, mettant obstacle à la fonction intestinale, débilite plus profondément l'organisme. La tuberculose ascitique guérit souvent spontanément, la tuberculose adhésive nécessite quelquefois la laparotomie pour occlusion intestinale ; mais cette forme se prête moins à un traitement chirurgical vraiment curateur.

L'endométrite tuberculeuse une fois constituée réclame l'hystérectomie.

Pichevin (Paris) rapporte en détail un cas de tuberculose génitale traité par l'hystérectomie totale et suivie de guérison. En général, il est partisan plutôt de l'opération subtotale, il insiste, au point de vue du diagnostic sur la forme spéciale que présente la trompe tuberculeuse allongée en chapelet.

Spinelli (Naples) a observé 31 cas de tuberculose génitale et il admet que cette affection est relativement fréquente. Il admet aussi que, dans le plus grand nombre des cas, la maladie est primitive. Dans trois de ces cas le mari était atteint de tuberculose pulmonaire; dans un cas il était atteint de tuberculose testiculaire.

L'état puerpéral agit comme un facteur étiologique sur la diffusion d'une tuberculose génitale, quelquefois latente.

Dans la plupart des cas on fit le diagnostic *clinique*, confirmé par l'examen histologique et bactériologique.

M. Spinelli croit qu'il est possible de faire le diagnostic clinique de la péri-métro-annexite tuberculeuse par une série de symptômes objectifs.

Le col strumeux et scrofuleux présente des caractères spéciaux.

Les organes les plus fréquemment pris furent la trompe et l'ovaire, le péritoine prenant généralement part au processus infectieux.

D'après sa propre expérience, M. Spinelli admet que la plupart des cas de péritonite tuberculeuse chez les femmes sont d'origine génitale.

Au point de vue anatomo-pathologique, il existe une forme lardacée nodulaire de péritonite tuberculeuse, pouvant être prise pour un néoplasme malin, et souvent même l'examen histologique de la muqueuse utérine, fait cependant par des histologistes très compétents, a donné le diagnostic d'adéno-carcinome, dans les cas de tuberculose utérine.

L'auteur admet que, dans ses formes limitées, la tuberculose génitale peut être assimilée à la tuberculose osseuse, et il se déclare partisan d'une chirurgie conservatrice, surtout dans les lésions localisées du col.

Von Franqué (Wurzburg) rapporte une observation de tubercu-

lose génitale mortelle, montrant bien quelles difficultés a souvent le chirurgien pour faire dans ce cas un diagnostic précis. Il s'agissait d'une femme accouchée chez laquelle la tuberculose génitale présenta une allure très vive et fut prise pour une infection puerpérale.

Pozzi (Paris) se demande s'il y a réellement des indications pour l'hystérectomie vaginale, comme le veut M. Faure; dans le cas de tuberculose, plus encore que dans les autres infections, il rejette absolument la voie vaginale : 1° parce qu'elle est dangereuse, à cause des adhérences intestinales ; 2° parce qu'elle ne permet que des opérations forcément incomplètes.

Ensuite, Pozzi, bien qu'il soit en général très conservateur en chirurgie, se déclare absolument radical en ce qui concerne l'opération; il faut toujours enlever les annexes des deux côtés; pour cela tout le monde est d'accord; il faut aussi enlever l'utérus et faire l'amputation totale, toujours pour ne pas laisser de tissu utérin qui peut être tuberculeux.

Toute opération incomplète chez un tuberculeux peut donner un coup de fouet à l'infection.

Pour la même raison, M. le professeur Pozzi repousse tous les procédés qui nécessitent le morcellement de l'utérus; quant à lui, il préfère le procédé de M. Terrier.

Lorsqu'on a fait une opération incomplète pour des lésions qui se trouvent être reconnues tuberculeuses après l'opération, M. Pozzi ne croit pas qu'il faille réopérer immédiatement ; il faut cependant s'attendre à être obligé de le faire.

Pour ce qui est de la tuberculose du col, M. Pozzi en a observé quelques cas, toujours compliqués de lésions d'autres viscères. Si la tuberculose pulmonaire est avancée, il faut ne rien faire du tout; si, au contraire, cette tuberculose est douteuse, ou peu avancée, il ne faut pas hésiter, et faire toujours une extirpation totale.

Theilhaber (Munich) croit que la guérison de la tuberculose péritonéale par laparotomie provient surtout des adhérences qui se produisent à la suite de cette intervention. Il propose une technique destinée à favoriser ces adhérences.

S. Gottschalk (Berlin). — Il est très difficile de se rendre compte du siège de début de la tuberculose génitale et il est presque

imposible de décider si la contagion peut être directe et occasionnée par le sperme d'un tuberculeux.

D'autre part, il peut toujours y avoir un petit foyer tuberculeux dans un autre organe, et qui passe inaperçu. M. Gottschalk raconte ensuite un cas de tuberculose chez une vierge de trente-deux ans ; comme M. Pozzi, il trouve l'hémisection tout à fait contre-indiquée.

Ont encore pris part à la discussion et cité quelques cas de leur pratique M. Fargas (de Barcelone) et Truzzi (de Padoue); puis, la discussion étant close, la parole est donnée aux rapporteurs.

Martin (de Greifswald), tout en regrettant de n'avoir pas pu d'une façon parfaite suivre cette discussion si polyglotte, revient sur la difficulté qu'il y a de savoir si l'on a affaire à un cas primitif ou secondaire. Il insiste beaucoup sur l'importance de l'anatomie pathologique comme base de l'intervention. Il est beaucoup moins exclusif que la plupart des autres auteurs en ce qui concerne la technique opératoire : il veut laisser à chacun la voie de son choix, les uns préférant l'opération vaginale, les autres préférant la laparotomie. D'autre part, il est loin de partager l'opinion trop radicale, d'après lui, de M. Pozzi, et il serait d'avis d'être conservateur.

Amann (Munich) montre que seulement l'examen anatomo-pathologique peut donner les indications opératoires sérieuses.

Le traitement de la tuberculose doit surtout être basé sur la recherche des moyens qu'emploie si fréquemment la nature pour guérir les lésions tuberculeuses, et c'est dans cette voie que le rapporteur croit que se trouvera le traitement de choix bien plus que dans le traitement chirurgical.

Veit (Leyde) répond à M. Pozzi que ce dernier cherche à éviter avant tout les opérations partielles et que, cependant, malgré tout, les opérations sont toujours forcément partielles au point de vue anatomique. D'ailleurs, M. Pozzi n'enlève pas le poumon dans les cas de tuberculose génitale compliquée de tuberculose pulmonaire !

Ensuite M. Veit reprend les cas de guérison de péritonite tuberculeuse à la suite d'insufflation d'air stérilisé. Ce traitement ne doit pas causer d'adhérences ; celles-ci ne sont donc point la cause de la guérison, comme le voudrait M. Theilhaber.

REVUE ANALYTIQUE

Embolie pulmonaire dans un cas de placenta prævia (Ein Fall von Lungenembolie bei Placenta prævia), J. Voigt, *Cent. f. die Grenzge. d. Med. u. Chirurg.*, août 1902, p. 653.

X.... 39 ans. Sujette depuis le septième mois de sa grossesse à des pertes de sang dès qu'elle quitte le lit. Elle est pâle, paraît vieillie, a aux jambes de grosses varices, etc. A 8 mois, on constate : col de la longueur d'une phalange, orifice interne perméable à un doigt et totalement recouvert par le tissu placentaire. Présentation de la tête, qui est mobile. Des hémorragies étant survenues les jours suivants, puis l'examen ayant indiqué un commencement du travail, on fit, après trouée du placenta, la version combinée sur le pied gauche, ce qui mit fin à l'hémorragie et fut suivi de contractions énergiques. Après l'accouchement, l'utérus se contracta bien, et tout paraissait aller pour le mieux. Or, à peine une heure après, tout d'un coup, la respiration devint pénible, la femme tomba dans le collapsus et donna vite l'effet d'une moribonde (respiration pénible, accélérée ; pouls imperceptible) : c'étaient les symptômes d'une embolie pulmonaire ; 2 heures *post partum*, délivrance sans perte de sang notable. Grâce à des injections camphrées et de sérum, la malade se trouva réconfortée. Mais, dans les jours qui suivirent, elle fut à nouveau sujette à des accidents emboliques qui mirent sa vie en péril (dyspnée, expectoration sanglante, respiration bronchique, matité). La convalescence fut lente, et la femme ne put quitter la clinique que 37 jours *post partum*.

Les altérations survenues au niveau de l'arrière-faix à la suite des hémorragies en cours de grossesse donnent une explication suffisante des accidents emboliques constatés dans ces cas.

R. L.

Cœur et grossesse. Étude clinique (Herz und Schwangerschaft). O. Fellner, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XIV, Hft. 3 et 4, et *Cent. f. die Grenzg. der Med. u. Chir.*, 1902, nº 17, p. 697. — L'auteur a utilisé les matériaux de la clinique de Schauta (Vienne), 900 femmes enceintes et gravides furent examinées. Dans un certain nombre de cas existaient des souffles accidentels ; en d'autres, des souffles, effets d'altérations orificielles, d'insuffisance valvulaire, celle-ci étant plus souvent liée à de la dilatation qu'à de l'hypertrophie du cœur. La pression du sang chez la femme enceinte se rapproche de la normale ou est un peu plus élevée : elle

augmente avec la contraction utérine et diminue entre les contractions. La rupture de la poche des eaux amène un abaissement de cette pression proportionné à la vitesse de l'écoulement du liquide amniotique. La pression atteint le *maximum* au moment de la sortie de la tête fœtale, pour retomber au-dessous de la normale après la naissance de l'enfant. Pendant les suites de couches, la pression sanguine s'élève jusqu'au 3e jour, puis s'abaisse peu à peu. Tétées, défécations, etc, produisent des variations de cette pression. Le ralentissement puerpéral du pouls est rare.

Le cœur sain est apte à parer, sans dommage, aux nécessités de la gestation. Il n'en est pas ainsi du cœur malade. Sur 30.613 accouchements, Fellner a trouvé 45 lésions cardiaques compensées et 40 non compensées. A son avis, on ne diagnostique qu'environ 1/7 des cardiopathies chez les femmes enceintes ou parturientes. L'interruption spontanée de la grossesse survint dans 20,2 p. 100 des cas. La mortalité infantile fut de 25,5 p. 100. La durée du travail, surtout de la 3e période, est souvent prolongée. Grâce à une direction convenable, le plus grand nombre des accouchements s'accomplissent sans accidents, sans que la maladie du cœur se laisse même soupçonner. Tuberculose et néphrite chronique sont des complications fâcheuses.

Le rétrécissement mitral paraît être la lésion la plus dangereuse. De même, l'état du myocarde importe beaucoup.

Au cas de lésions cardiaques compensées, il ne faut interrompre la grossesse (accouchement prématuré ou avortement) que si, dans une grossesse antérieure, la femme fut, de par sa lésion cardiaque, en danger de mort; au cas de lésions non compensées, que si le traitement médical reste impuissant. Les rétrécissements mitraux et leurs complications commandent un traitement actif. Dans les cas graves et à toutes les périodes de la grossesse, la méthode de choix est la rupture des membranes. S'il n'y a pas urgence, recourir, vers la 28e semaine, à l'application d'une sonde-bougie. Quand il y a œdème pulmonaire, rompre les membranes. Au cas de lésions compensées, pas d'indication d'un traitement actif au cours du travail ; s'il existe des accidents cardiaques, recourir, sans trop tarder, au forceps. La version, sans qu'il soit besoin de la faire toujours suivre de l'extraction immédiate, pourra avoir son indication obstétricale. En général, l'expectation convient pour la période de la délivrance.

Enfin, comme prophylaxie, il ne faut déconseiller le mariage que dans les cas de sténoses mitrales, de complications de tuberculose et de néphrite chronique et d'accidents graves par défaut de compensation. — Ces complications surviennent-elles après le mariage, éviter dans la mesure du possible la grossesse.

R. L.

Du contenu ammoniacal de l'urine pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, avec considérations relatives à l'éclampsie (Der Ammoniakgehalt des Urins in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, mit Berücksichtigung der Eklampsie). *Hegar's Beiträg z. Geb. u. Gyn.*, Bd. V, Hft. 2, et *Cent. f. die Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1902, nº 17, p. 699. — L'excrétion de l'ammoniaque suit à peu près parallèlement celle de l'urine, les deux augmentent vers la fin de la grossesse et diminuent durant les suites de couches.

Pendant l'accouchement, l'excrétion urinaire diminue notablement, de même, celle de l'ammoniaque. Cette diminution est accompagnée, et quasi compensée, au début des douleurs et après l'accouchement, par une augmentation de la sécrétion des deux éléments. La teneur ammoniacale *relative* augmente d'une manière en quelque sorte compensatrice, quand l'émission urinaire faiblit, sans que toutefois les variations dues aux différences dans la quantité des urines soient absolument compensées de ce fait. Ces variations observées dans les accouchements normaux s'accentuent particulièrement chez les femmes atteintes de néphrite. Il n'en est pas ainsi dans l'éclampsie; car l'urine des éclamptiques, alors qu'elle est très réduite comme quantité, ne contient souvent que de très faibles quantités d'ammoniaque.

Il semble que, dans la majorité des cas d'éclampsie, il se fasse une rétention dans le corps de sels ammoniacaux, auxquels cependant l'auteur, pour de multiples raisons, n'accorde pas une relation étiologique directe avec l'éclampsie. Cette faible concentration de l'urine en sels ammoniacaux exprimerait seulement une perméabilité aux sels ammoniacaux moindre que celle du rein normal. L'organisme paraît ainsi privé d'un moyen qui lui est nécessaire pour débarrasser ses humeurs de l'excès des sels, en sorte que, et par un mécanisme indirect, l'affaiblissement de l'excrétion ammoniacale concourrait à l'apparition de l'éclampsie.

R. L.

Contribution expérimentale à la question de l'éclampsie (Expérimentelle Beiträge zur Eklampsiefrage), *Hegar's Beiträge z. Geb. u. Gyn.*, Bd V, Hft. 2, et *Cent. f. die Grenzg. der Med. u. Chir.*, 1902, n° 17, p. 700. — Fehling et son élève Schumacher ont institué des expériences de contrôle sur celles faites surtout en France et dont les résultats militaient en faveur de la théorie de l'auto-intoxication édifiée par Bouchard.

Les auteurs commencèrent par rechercher : *a*) l'action d'un liquide sûrement non toxique, la solution salée physiologique ; *b*) l'action de l'urine de femmes non enceintes et de femmes gravides sur les animaux.

1° *Expériences avec les solutions salées.* — Quand la teneur en NaCl est faible et constante, on peut injecter de grandes doses dans les veines sans dommage notable pour les animaux; par contre, lorsque la proportion en NaCl augmente, le degré de toxicité s'élève parallèlement.

2° *Expériences avec l'urine.* — Les recherches avec l'urine normale n'ont pas établi une différence de toxicité durant la grossesse et les suites de couches. *Le degré de toxicité est toutefois un facteur très variable, mais surtout variable avec le degré de concentration de l'urine.* Il est en quelque sorte fonction de la densité de l'urine.

L'urine des femmes atteintes de néphrite gravidique est à peine plus toxique que celle des femmes enceintes bien portantes ; la proportion de l'albumine dans l'urine n'a aucune influence sur le degré de toxicité ; ici, encore, c'est le degré de concentration de l'urine qui prime tout.

Même constatation pour l'urine des éclamptiques : ce n'est pas la présence d'éléments particulièrement irritants contenus dans ces urines, mais bien leur concentration en NaCl qui entre en jeu.

3° *Expériences avec le sérum sanguin.* — Des expériences avec le sérum de femmes gravides bien portantes et de leurs enfants d'une part et, d'autre part, avec le sérum de femmes néphritiques et éclamptiques et de leurs enfants, ont établi le fait intéressant que *ce sérum sanguin est très toxique*, mais qu'il n'y a pas de différence entre le sérum des femmes bien portantes et des femmes éclamptiques; même constatation pour le sérum des enfants issus de femmes bien portantes et celui d'enfants de femmes éclamptiques. La gravité du processus morbide est sans action sur le degré de toxicité.

4° *Expériences avec le liquide amniotique.* — Instituées avec du liquide amniotique de femmes bien portantes et de femmes éclamptiques, elles n'ont permis de relever aucune différence par rapport à la toxicité entre ces sérums.

Conclusion. — En conséquence, les auteurs s'inscrivent en faux contre les expériences utilisées jusqu'ici en faveur de la théorie, maintenue, de l'auto-intoxication de Bouchard.

R. L.

De l'hémorragie interne dans l'avortement tubaire et de son traitement (Ueber innere Blutung bei Tubarabortus und über deren Behandlung), Ott, *Russki Wratsch*, 1902, 12, et *Deutsche med. Zeit.*, 1902, n° 73, p. 867. — En dépit des nombreux travaux qu'elle a suscités, la question de l'avortement tubaire n'est pas élucidée ; elle offre encore un vaste champ à des considérations pratiques. Pour bien discerner dans la question des divers procédés d'hémostase, il importe de se baser sur ce que l'on a acquis relativement à ce que devient le sang épanché dans la cavité péritonéale. Il y a peu, ce point de pathologie restait obscur et peu étudié. On savait que dans certains cas ce sang était résorbé, que dans d'autres, au contraire, il ne l'était pas. La recherche des raisons de cette différence s'imposait donc. Dans la grossesse extra-utérine tubaire les conditions sont les mêmes que dans la grossesse utérine : aussi longtemps que l'œuf (môle sanguine) reste dans la cavité de l'organe gestateur, une hémorragie, qui se fait au niveau des parois de cet organe consécutivement à un décollement de l'œuf, peut durer ou se reproduire jusqu'à ce que la poche ovulaire se soit débarrassée de son contenu anormal. Lorsque les parois de la trompe sont intactes, le sang ne peut s'échapper que par l'*ostium abdominal*. L'hémorragie intra-péritonéale est dangereuse quand elle se fait librement dans la cavité abdominale.

Quand, au contraire, le sang s'épanche dans une cavité circonscrite, limitée par des membranes néoformées, le sang collecté dans cette cavité et qui s'y trouve à une certaine pression s'oppose à la persistance de l'écoulement, en sorte que la formation d'une tumeur sanguine paraît être comme un agent de protection pour l'organisme. Toutefois, l'hémorragie peut éventuellement se renouveler, à plusieurs reprises, dans la cavité de la tumeur sanguine (tumeurs sanguines récidivantes, anémies profondes).

Une femme, atteinte de grossesse extra-utérine et de tumeur sanguine extra-utérine, fut soumise pendant six semaines à l'expectation, parce que la grossesse était jeune, l'état stationnaire et la tumeur pas trop volumineuse. On espérait la résorption du sang et la réduction consécutive de la tumeur. Mais, de nouvelles poussées s'étant produites et la tumeur ayant augmenté de volume, on fit la colpotomie postérieure. Or, après incision de la poche et évacuation des caillots sanguins, on put apercevoir, grâce au procédé d'éclairage utilisé par l'auteur, que l'extrémité frangée de la trompe gravide s'abouchait dans la poche, à la hauteur de la tumeur sanguine. Dans un second cas, on put également, après incision du cul-de-sac postérieur du vagin et du Douglas, évacuation des caillots, apercevoir, grâce au même procédé d'éclairage, l'œuf fœtal, situé à l'orifice abdominal de la trompe. L'œuf fut énucléé de son point d'insertion, ce qui donna lieu à une perte d'un sang qui, par sa couleur vive, tranchait sur celui de la poche. Puis, avec le doigt, pince et curette, on procéda à un curettage *à fond* de la trompe, comme lorsqu'il s'agit d'un œuf intra-utérin. Le traitement consécutif consista dans un tamponnement de la poche hématique avec de la gaze iodoformée.

L'auteur insiste sur l'intérêt particulier de ces deux faits, qui montrent que, par la combinaison des incisions vaginales et du mode spécial d'éclairage employé par l'auteur, on peut, dans certains cas de trompes intactes, appliquer aux grossesses extra-utérines les mêmes méthodes conservatrices qu'aux œufs intra-utérins, et que, de plus, ces méthodes, condition de sécurité importante pour les malades, peuvent, souvent, rester absolument extra-péritonéales.

R. L.

Des effets du transport de bactéries sur la muqueuse du vagin intacte (Uber den Erfolg von Bakterienübertragungen auf die intakte Vaginalschleimhaut), *Deutsche med. Zeitung*, 1902, n° 73, p. 869. — Un certain nombre de microorganismes pathogènes (pneumocoque, bactéridie charbonneuse, streptococcus aureus et bacille typhique) n'affectent pas la muqueuse du vagin, quand ils sont mis en contact avec elle. Les bacilles de la diphtérie portés sur la muqueuse vaginale de jeunes cobayes les tuent par infection. Quelques germes, par les voies lymphatiques, traversent la

muqueuse du vagin, parviennent aux ganglions et y meurent. Mais quand on transporte sur la muqueuse du vagin, non des cultures pures de bactéries charbonneuses, mais ces mêmes bactéries avec du sang et des morceaux d'organes pris sur des animaux morts du charbon, les animaux en expérience succombent à une infection générale.

R. L.

De l'herpès laryngé menstruel et considérations sur l'herpès menstruel [Ueber Herpes laryngis (menstrualis) nebst Bemerkungen über den menstruellen Herpes], Bettmann, *Berlin. klin. Wochensch.*, 1902, n° 36, p. 837. — L'auteur cite une observation dans laquelle les circonstances qui accompagnaient une localisation répétée d'herpès sur le larynx lui ont permis de voir dans ce processus pathologique un exemple d'herpès laryngé menstruel, localisation fort rare. A ce sujet, il rappelle les symptômes qui, en général, permettent de différencier l'herpès menstruel de la fièvre herpétique et du zona. Le principal caractère de l'herpès menstruel, c'est son *rapport de temps* avec la menstruation : un peu avant, pendant ou après ; le rapport de temps varie même chez un même sujet. D'autre part, il y a souvent coexistence de déterminations herpétiques sur le larynx ou d'autres régions et de déterminations sur la région génitale. « D'ordinaire, écrit l'auteur, l'herpès menstruel se localise sur les parties génitales ou sur les lèvres, soit que, dans les différentes poussées herpétiques, l'une ou l'autre de ces régions soit seulement atteinte, ou bien qu'elles le soient simultanément ou alternativement. Mais d'autres régions peuvent être affectées. Janowsky et Schwing citent une localisation sur les mains; Besnier dit que la localisation de l'herpès menstruel à la paume des mains n'est pas rare; Du Castel signale les régions lombaire, fessière et cervicale. Personnellement, il a observé une localisation sur le sein gauche, etc. L'herpès menstruel peut également affecter les muqueuses (bouche, portion vaginale du col de l'utérus). Par contre, la localisation sur la muqueuse du vagin est rare. Je l'ai pourtant observée, ajoute l'auteur, en coexistence avec une éruption herpétique vulvaire étendue. »

En terminant, l'auteur remarque qu'il voit l'intérêt du fait qu'il a observé non pas seulement en ce qu'il ajoute une observation de plus aux observations rares d'herpès laryngé, mais surtout en

ce qu'il constitue un exemple indiscutable d'herpès laryngé *menstruel.*

Quant au rapport qui existe vraiment entre la menstruation et le processus herpétique, il reste malheureusement aussi mystérieux, et l'on n'est pas en droit de rejeter la théorie de l'action nerveuse réflexe.

R. L.

La glande mammaire chez le fœtus et le nourrisson. Keiffer, *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1902, n° 2, p. 57. — On connaît déjà les études intéressantes de l'auteur sur la glande mammaire et la lactation. Dans ce nouveau travail, K..., décrit le développement de la mamelle chez le fœtus, et il en étudie soigneusement toutes les phases. Puis, il s'occupe du phénomène singulier de la montée de lait chez certains nouveau-nés. Et, après avoir rappelé les expériences et les idées de Bouchacourt et Brindeau relativement aux vertus galactogènes du placenta, il conclut lui même de ses études, de ses expériences et de ses observations, *que la montée du lait chez le nourrisson, comme chez la mère, trouve sa cause initiale dans une substance élaborée par le placenta et mise en circulation au moment du travail de l'accouchement.*

R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Aievoli. Neoplasmi mammarii di dubbia istogenesi. *Arch. ital. di Gin.*, juin 1902, p. 192. — **Aievoli.** Doc. per lo studio dei lipomi. *Arch. ital. di Gin.*, juin 1902, p. 194. — **Bosellini.** La sifilide nella dona. *Lucina*, 1902, n° 9, p. 125. — **Bossi.** Inchiesta sulla contag. del cancro. *Arch. ital. di Gin.*, juin 1902, p. 280. — **Bounaz.** Un cas d'hémorragie tardive. *Bull. mens. Soc. Vaudoise des sages-femmes*, 1902, n° 7, p. 75. — **Browd.** Some etiological factors in diseases of women. *Med. News*, août 1902, p. 253. — **Catherina.** Sulle applicazioni della balneoterapia ed idioterapia nelle affezioni ginecologiche. *Archivio di Ost. e Gin*, 1902, n° 7, p. 439. — **Caturani.** Se la contrazione

dei tumori dei genitali interni della donna sia patogn. di alcuna varieta. *Arch. ital. di Gin.*, juin 1902, p. 162. — **Cook** (**W.**). Some observations on the menopause. *Am. J. Obst.*, mars 1902, p. 382. — **Dennecé**. Du rôle de l'insuffisance musculaire dans les éventrations. *La Gynécologie*, septembre 1902, p. 296. — **Gradenwitz**. Tetanus nach Gelatininjektion. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 37, p. 966. — **Graadew**. Urethroplastik nach der Idee von Subbottin in der gynœkologischen Praxis. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 35, p. 921. — **Hagen-Torn**. Was is intraabdomineller Druck? *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 34, p. 891. — **Humer** and **Harris**. Acute general gonorrheal peritonitis. *Bulletin of the Johns Hopkin's Hospital*. Baltimore, juin 1902, vol. XIII, n° 135, p. 121. — **Macnaughton Jones**. Case of absence of the genitalia in a child discovered through an attack of appendicitis. Operation a. recovery. *The British gyn. J.*, août 1902, p. 128. — **Meyer** (**R.**). Zur Frage « Was is intraabdomineller Druck? » *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 36, p. 937. — **Nunes**. Contribucion al tratamentio de la peritonitis supurada difusa. *Revista de med. y cirurg.*, août 1902, p. 347. — **Pichevin**. Péritonisation. *La Semaine gynécologique*, Paris, 10 juin 1902. n° 23, p. 177. — **Robinson** (**B.**). The ovarian segment of the utero-ovarian artery. *Annals of gynecology and pediatry*, Boston, juillet 1902, vol. XV, n° 7, p. 385. — **Sinclair** (**J.**). Carcinoma in women chiefly in its clinical aspects. *The Lancet*, août 1902, p. 341. — **Spinelli**. Documenti per lo studio della tuberculosi genitale femminile. *Archivio ital. di Ginec.*, 1902, n° 4, p. 249. — **Stouffs**. Fibrome de la paroi abdominale. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1902, n° 2, p. 72. — **Ungar**. Verwerthbarkeit der Lungenschwimm probe bei Keimgehalt der Uterushöhle. *Cent. f. Gyn.*, juli 1902, p. 713. — **Woger**. Beiträg zur Kasuistik des Verletzungen des weiblichen Genitales. *Wiener med. Presse*, 1902, n° 31, p. 1422.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS. — **Czerwenka**. Ein Nähinstrument mit Seidenbehälter. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 36, p. 944. — **Fett**. Ein weiterer Beiträg z. mikroskopischen Nachweis vom Eindringen des Alkohols bei der Heisserwasseralkoholdesinfection. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 3, p. 464. — **Futh**. Beiträge zur Handedesinfection. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 39, p. 1009. — **Kocks**. Zur Sterilisationsfrage. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 37, p. 976. — **Kurz**. Ein einfacher Nähapparat. *Cent. f. Gyn.*, juli 1902, p. 153. — **Maguire**. Note on saline injections. *Journal of obst. and gyn. of british Empire*, juin 1902, p. 644. — **Pichevin**. Questionnaire dont les réponses serviront à la rédaction du rapport sur l'asepsie opératoire qui sera discuté au Congrès de la Société belge de chirurgie. *La Semaine gynécologique*, Paris, 15 juillet 1902, n° 28, p. 218. — **Pincus**. Der Belastungskolpeurynter. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 36, p. 942. — **Polano** (**O.**). Zur Anwendung der Heissluftltherapie in der Gynæk. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 37, p. 961. — **Talmey**. Gynecolog. electroth. *Med. Record*, july 1902, p. 51. — **Theilhaber**. Ein neues Speculum. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 34, p. 889. — **Vertun**. Lysoform als antisepticum. *Cent. f. Gyn.*, 26 juli 1902, n° 30. — **Walter Albert**. Sterile Dauerhefe u. ihre vaginale Verwerthung. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 33, p. 865. — **Weber**. Spinal anesthesia. *The Am. J. of Obst.*, septembre 1902, p. 295. — **White**. Electricity: its use in gynecology. *The Boston med. a. surg. J.*, août 1902, p. 148.

VULVE ET VAGIN. — **Blondel** (**R.**). Hyperesthésie vulvo-vaginale paroxystique. *La Gynécologie*, août 1902, p. 289. — **Darger**. Zur Kenntniss der Kraurosis vulvæ. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVI, Hft. 3, p. 637. — **D'Erchia**. Su di un caso di ematocolpo e di ematometra. *Archivio di ost. e ginec.*, 1902, n° 7, p. 432. — **Druelle**. La balano-posthite circinée chez la femme. *La Médecine moderne*, Paris, 16 juillet 1902, p. 233. — **Fileux**. *Tumeurs malignes primitives de la vulve*. Th. Paris, 1901-02, n° 363. — **Fontoynont**. Absence de vagin ; obstruction de l'utérus par un hymen profondément situé. Hématométrie. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 8 juillet 1902, t. XXVIII, p. 742. — **Guillet**. Absence complète du vagin. Hématométrie. Création d'un vagin artificiel. Guérison. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*. Paris, t. XXVIII, n° 26, 15 juillet 1902, p. 782. — **Hermes**. Zur Verletzung der Scheide beim Coitus. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 32, p. 846. — **Langsdorff**. Atresia vaginæ. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 36, p. 980. — **Noble**. Report of a case of epithelioma of the clitoris with operation. *Am. J. of obst.*, août 1902, p. 190. — **Ott**. Die Beleuchtung der Bauchhöle als Methode bei vaginaler Köliotomie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 31, p. 817. — **Peckam Murroy**. Second contribution to the study of ulcerative lesions of the vulva, commonly called lupus or esthiomene. *The Am. J. of obst.*, juin 1902, p. 153. — **Peters**. Prim. Chorion epith. der Scheide nebst einem Fälle von Recid. nach Extirpat. d. Scheidenknoteus. *Cent. f. Gyn.*, 19 juli 1902, n° 29. — **Picqué**. A propos de l'hématométrie par absence du vagin. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, Paris, t. XXVIII, 15 juillet 1902, p. 781. — **Piollet**. Tumeur mélanique de la région clitoridienne. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 24 juillet 1902, p. 821. — **Roncaglia**. Furoncolosi da gonococco dei genitali esterni muliebri. *Annali di ost. e ginec.*, juin 1902, p. 627. — **Villar**. Malformation du vagin et de l'utérus. *Revue mensuelle de gyn. obst. et pæd.*, Bordeaux, 1902, n° 5, p. 177. — **Williams** (**R.**). Myoma of the vagina. *The Lancet*, août 1902, p. 349. — **Ziegenspeck**. Ueber die Entstehung von Hymencysten. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVII, Hft. 1, p. 103.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Aldrich**. Technique of the denuding perineum operations. *Am. J. Obst.*, août 1902, p. 202. — **Bovée** (**W.**). Operations on the utero-sacral ligaments in the treatment of retroversion of the uterus. *Am. Gyn.*, 1902, n° 1, p. 35. — **Campione**. Un caso di prolasso utero-vaginale in donna vergini. *Archivio di ostetricia e ginecologia*. Naples, juin 1902, p. 346. — **Cleveland** (**C.**). The Alexander operation. *Am. Gyn.*, 1902, n° 1, p. 23 ; 492. — **Davenport**. The present status of the pessary in the treatment of displacements of the uterus. *The Boston med. a. surg. J.*, août 1902, p. 145. — **Davenport**. Non-operative treatment of retro-displacements of the uterus. *Annals of gyn. a. ped.*, 1902, n° 8, p. 490. — **Gatti**. Ventroisteropexia nelle antidev. dell' utero. *Arch. ital. di gin.*, juin 1902, p. 189. — **Robb** (**H.**). Suspension of uterus, the advantages, disadvantages a. results. *Annals of gyn. a. ped.*, 1902, n° 8, p. 491. — **Taber** (**J.**). The choice of operations for the relief of retrodisplacement of the uterus. *Am. J. Obst.*, juin 1902, p. 818. — **Vineberg**. Vaginal operations for retroversions and retroflexions of the uterus with a critical review of fifty seven cases of vaginal suturing of the round ligaments (the Author's operation). *Med. Record*, septembre 1902, p. 376.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Baldy**. Adenomyomata of the uterus. *Am. J. Obst.*, juin 1902, p. 788. — **Bandler (W.)**. The trophoblast and chorionic epithelium and their relation to chorio-epithelioma. *The Am. J. of Obst.*, août 1902, p. 145. — **Bouilly**. De la dysménorrhée des jeunes filles et des jeunes femmes. *La Gynécologie*, Paris, juin 1902, p. 193. — **Croft**. Tubercul. papillary disease of the cervix uteri. *Journ. of obst. and gyn. of british Empire*, juin 1902, p. 639. — **Fellner**. Ueber Dysmenorrhœ u. deren balneotherapie. *Prager med. Wochensch.*, 1902, n° 38, p. 464. — **Fontoynont**. Atrésie du col utérin. Hémométrie. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 8 juillet 1902, t. XXVIII, p. 742. — **Girvin (J.)**. Report of a case of uterus bicornis with double vagina. *Am. J. Obst.*, juin 1902, p. 782. — **Gurneg Williams**. Dysmenorrhea. *Philad. med. J.*, juin 1902, p. 1160. — **Lafond-Grellety**. Du curettage dans l'endométrite des personnes nerveuses. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, août 1902, p. 409. — **Lewers**. Primary tuberculosis of the cervix simulating cancer and treated by vaginal hysterect. *Journal of obst. and gyn. of British Empire*, juin 1902, p. 632.— **Makaroff**. *Métrite blennorrhagique et son traitement par les injections intra-utérines d'acide picrique*. Th. Paris, 1901-02, p. 386. — **Neumann**. Amenorrhœ phtisisch. Frauen. *Cent. f. Gyn.*, 19 juil., 1902, n° 29. — **Schulze Vellinghanten**. Instr. Perforation des Uterus. *Cent. f. Gynæk.*, Juli 1902, p. 723. — **Senger (E.)**. Ueber einen operative geheilten Fall extensivster Pyometra bei einen Uterus bicornis puerperalis. *Berl. klin. Wochensch.*, 1902, n° 33, p. 778. — **Stinson (C.)**. Thyroid extract in painful menstruation, etc. *Am. J. Obst.*, juillet 1902, p. 63. — **Vineberg**. A further contribution to the study and practical significance of lactation atrophy of the uterus. *Am. J. gyn.*, 1902, n° 2, p. 119.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE.— **Bæcker**. Sechs Fälle von Fibromyoma uteri, komplicirt mit Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 38, p. 895. — **Breck**. Multiple fibroids of the uterus. *The Boston med. a. surg. J.*, août 1902, p. 151. — **Burrage**. The present status of the operative treatment of cancer of the uterus. *The Boston med. a. surg. J.*, juillet 1902, p. 91. — **Couant**. Cancer of the uterus. *The Boston med. a. surg. J.*, juillet 1902, p. 97. — **Condamin**. Fibrome utérin avec hémorragies abondantes. Ligature des utérines. Hystérectomie abdominale totale ultérieure. *Bull. de la Soc. de chirurg. de Lyon*, nov.-déc. 1901, p. 13. — **Crouse**. Mammary substance in uterine fibroids. *The Am. J. of Obst.*, septembre 1902, p. 309. — **Cushing**. Operation for recurrence of cancer after hysterectomy. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1902, n° 2, p. 513. — **Dartigues**. La chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1902, n° 62, p. 725. — **Dixon Jones**. The opinions of different surgeons a. pathologists as to the origin and cause of fibroid tumors. *Med. Record*, août 1902, p. 323. — **Emmet**. A case of grape-like sarcoma of the cervix uteri. *Am. J. Obst.*, mars 1902, p. 386. — **Fournel**. Môle hydatiforme. Hystérectomie pendant la grossesse môlaire, guérison. *Gaz. des hôpitaux*, 1902, n° 88, p. 881. — **Gleason (J.)**. Abdominal hysterocolpectomy, a new operation for removal of cancer of the cervix uteri. *Philadelphia med. J.*, juin 1902, p. 1123. — **Grosse**. *Des indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse et pendant le travail dans les grossesses compliquées de*

fibromes. Th. Paris, 1901-1902, n° 382. — **Inglessi**. L'hystérectomie vaginale sans pinces. *La Gynécologie*, Paris, 8 juin 1902, p. 226. — **Jacobs**. L'hystérectomie abdominale totale dans le cancer utérin. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1902, n° 2, p. 18. — **Kessler**. Myom u. Herz. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII, Hft. 1, p. 77. — **Lanelongue**. Sur un cas de carcinome du corps de l'utérus. *Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pédiatrie*, Bordeaux, avril 1902, p. 147. — **Lewers**. A case of primary tuberculosis of the cervix simulating cancer and treated by vaginal hysterectomy. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. II, p. 144. — **Lewers**. Specimens of cancer of the cervix from eight cases treated by the supravaginal amputation, in which from four to fifteen years had elapsed without recurrence. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. III, p. 221. — **Mackenrodt**. Laparotomia hypogastrica extraperitonealis sur Heilung des Gebärmutterscheidenkrebses u. des Mastdarmkrebses. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1902, n° 38, p. 894. — **Miquel**. *Perforations graves de l'utérus au cours du curettage et de l'hystérométrie*. Th. Paris, 1901-02, p. 367. — **Montgomery**. The relative advantages of the complete a. partial hysterectomy. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1902, n° 8, p. 493. — **Noble**. Two cases of deciduoma malignum. *The Am. J. of obst.*, 1902, n° 3, p. 289. — **Pichevin**. Gangrène des fibromes interstitiels de l'utérus. *La Semaine gynécologique*, Paris, p. 201. — **Pichevin**. Infection puerpérale et hystérectomie totale. *La Semaine gynécologique*, Paris, 8 juillet 1902, n° 27, p. 209. — **Pichevin**. Hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin. *La Semaine gynécologique*, Paris, 15 juillet 1902, n° 28, p. 217. — **Pluyette**. Thérapeutique des fibromyomes utérins. *La Gynécologie*, Paris, juin 1902, p. 215. — **Polak**. The early diagnosis of uterine cancer; operative limitations. *The New-York med. J.*, juillet 1902, p. 103. — **Poten**. Die Verschleppung der Chorionzotten. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVI, Heft. 3, p. 590. — **Poten**. Eröffnung des Bauchfells, besonders bei der abd. Entfern. des uterus Krebses. *Cent. f. Gyn.*, Juli 1902, p. 750. — **Pozzi**. Indications et résultats de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. *La Presse médicale*, septembre 1902, p. 891. — **Reynolds**. Operation for cancer of the uterus. *The Boston med. a. surg. J.*, juillet 1902, p. 95. — **Reynolds**. Il metodo-Chroback nelle isterectomie abdominale per fibromiomi. *Archivio di ostetricia e ginecologia*, Naples, juin 1902, p. 329. — **Richardson**. Remarks on cancer of the uterus. *The Boston med. a. surg. J.*, juillet 1902, p. 89. — **Schmitt**. Diagnosis of incipient carcinoma of the Endometrium. *Med. Record*, août 1902, p. 175. — **Smith** (**L.**). A change needed in our practice in dealing with cancer of the uterus and cancer of the breast. *The Am. J. obst.*, août 1902, p. 175. — **Spinelli**. Trasf. maligna dei fibromi. *Arch. ital. di gin.*, juin 1902, p. 196. — **Stouffs**. Fibrome utérin en voie de dégénérescence nécrobiotique post-partum. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1902, n° 2, p. 71. — **Stratz**. Uterustorsion bei Myom. u acuter, nicht entzundlicher Hämatosalpinx. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 3, p. 430. — **Stremmel**. The unusual fœtures of vaginal hysterectomy. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1902, n° 8, p 477. — **Villar**. Malformation du vagin et de l'utérus accompagnée d'hématométrie et d'hématocolpos supérieur. Hystérectomie abdominale totale. *Rev. mens. de gyn., obst. et péd.*, 1902,

n° 6, p. 193. — **Voigt**. Bestehen von papill. Adenomen in Niere und Uterus mit Metastasenbildung. *Arch. für Gyn.*, Bd LXVI, Hft. 3, p. 658. — **Trotta**. Cura del cancro dell' utero in gravidanza, nel parto ed in puerperio. *Archiv. di ost. e ginec.*, 1902, n° 8, p. 173.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Berkeley**. Case of rupture of an ovarian abscess twelve hours after labour. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, Pl. II, p. 73. — **Bristow**. Strang. Hernia of the ovary and Fallopian tube. *Med. News*, July 1902, p. 61. — **Busse**. Bildung der Hämatocelen. *Mon. fur Geb. und Gynæk.* Juli 1902, p. 1. — **Durand**. Deux observations de collections pelviennes d'origine appendiculaire ouvertes par la voie périnéale. *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, janvier-février 1902, p. 143. — **Dützmann**. Diagnose und Behandlung der Exsudate. *Mon. fur Geb. und Gyn.*, Juli 1902, p. 71. — **Lotis**. Inondazione peritoneali. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 8, p. 930. — **Macphater**. Inflammation within the female pelvis and its treatment. *The New-York med. J.*, août 1902, p. 177. — **Peterson**. Appendicitis and Pelvic disease. *Am. Gyn.*, 1902, n° 2, p. 113. — **Vassmer**. Zur Pathologie des Ligamentum rotundum Uteri und des Processus vaginalis peritonei. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVII, Hft. 1, p. 1. — **Watkins**. Technique, indications a. limitations of vaginal section and drainage for pelvic disease. *Am. Gynec.*, 1902, n° 2, p. 128.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS : OVARIOTOMIE. — **Atkinson Terrett**. Unusual complications supervening in a simple extirpation of a multilocular cyst of the ovary. *Philad. med. J.*, août 1902, p. 265. — **Bonney**. Solid tumour of the left ovary with an attached cyst communicating with the left Follopian tube. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. II, p. 92. — **Condamin**. Kyste de l'ovaire et grossesse. *La Semaine gynécologique*, Paris, 3 juin 1902, p. 169. — **Doran (A.)**. Retro-peritoneal lipoma weighing thirteen pounds twelve ounces. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. III, p. 265. — **Doran (A.)**. Pregnancy after removal of both ovaries for cystic tumour. *The Journal of obstetrics and gynæcology of the british Empire*, Londres, juillet 1902, vol. II, n° 1, p. 1. — **Doran (A)**. Pregnancy after removal of both ovaries for cystic tumour. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. III, p. 231. — **Pairbairn**. Unilocular ovarian cyst containing solid masses undergoing necrotic change. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. II, p. 126. — **Pairbairn**. Five specimens of fibroid tumour of the ovary with observations on their pathological anatomy. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. II, p. 177. — **Fothergihl**. On the occurence of egglike cells in solid ovarian tumours. *The Journal of obstetrics and gynæcology of the british Empire*, Londres, juillet 1902, vol. II, n° 1, p. 15. — **Goldspokn**. What are the known facts about follicular cystic degeneration of the ovaries. *The Am. J. of Obst.*, septembre 1902, p. 343. — **Gottschalk**. Ueber das Folliculoma malignum ovarii. *Berlin. klin. Wochensch.*, juin 1902, p. 607. — **Henrotay**. Trois cas de grands kystes intra-ligamentaires.

Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst., 1902, n° 2, p. 72. — **Khanty.** Seltene Form von ovarial-dermoïd. *Monat. fur Geb. und Gyn.*, Juli 1902, p. 78. — **Lapthorn Smith.** Ascites with abdominal tumors. *Philadelphia med. J.*, août 1902, p. 190. — **Peterson.** A consideration of ovarian fibromata based on a study of two recent cases and eighthy-two collected from the litterature. *Am. Gyn.*, 1902, n° 1, p. 45. — **Peterson** (**R.**). Infected ovarian cysts. *Am. J. Obst.*, juin 1902, p. 802. — **Pichevin.** Ablation des annexes par la voie vaginale. *La Semaine gynécologique*, Paris, 15 juillet 1902, n° 28, p. 217. — **Ricketts.** Hæmatoma of the ovary. *Brooklyn medical Journal*, juin 1902, p. 274. — **Russell et Scheack.** An ovarian sarcoma developing from the theca externa of the Graafian follicle. *Am. J. Obst.*, août 1902, p. 182. — **Smith** (**A.**). A bilateral intraligamentous fibromyoma showing extensive mucoid degeneration. *The British Gyn. J.*, août 1902, p. 121. — **Sottas.** Dermatose prurigineuse consécutive à la castration guérie par l'opothérapie. *La Méder. pratique*, 1902, n° 6, p. 1. — **Stander** (**A**.). Ueber Sarkom des Ovariums. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII, Hft. 3, p. 357. — **Stroheker.** *Les fibromes du ligament large*, Th. Paris, 1901-1902, p. 362. — **Tessier.** *Torsion du pédicule des tumeurs kystiques des annexes pendant la puerpéralité*, Th. Paris, 1901-1902, p. 389.

ORGANES URINAIRES. — **Albarran.** Adénome de l'uretère. Extirpation. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, Paris, 1902, n° 18, p. 838. — **Balacescu.** Tratamental fistulei vesico-vaginale. *Revista de chirurgie*, Bukharest, juin 1902, p. 241. — **Delore.** De l'ectopie congénitale du rein. *Rev. de chirurg.*, 1902, n° 9, p. 438. — **Hirst.** An operation for cystocele. *Am. J. of Obst.*, juin 1902, p. 778. — **Holowko.** Einf. Vorrichtung zum Auffangen und Ableiten des Urins bei Harnfisteln. *Cent. f. Gynæk*, 26 Juli 1902, p. 30. — **Meyer** (**R.**). Einmundung des linken Ureters in eine Uterovaginalcyste des Wolff'schen Ganges. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII, Hft. 3, p. 401. — **Neugebauer.** Einige Worte über die Mutterhals-Scheidenfisteln. d. Portio vaginalis uteri (Fistulæ cervico-vaginale laqueaticæ). *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 31, p. 820. — **Ravasini.** Zur Kasuistik der Fremdkörper der Harnblase u. Harnrohre. *Wiener med. Presse*, 1902, n° 31, p. 1425. — **Stoeckel.** Weitere Erfahrungen über Ureterfisteln und Ureterverletzungen. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVII, Hft. 1, p. 31. — **Vineberg** (**H.**). Primary carcinoma of the urethra in women. *The American Journal of the medical Sciences*, Philadelphia, juillet 1902, vol. CXXIV, p. 105.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Condamin.** Grossesse extra-utérine ovarienne datant de 8 ans. Ablation du kyste fœtal. *Bull. de la Soc. chirurgie de Lyon*, janvier-février 1902, p. 115. — **Kurz.** Hæmat. retrouterina infolge von Extra-uterin-schwangersch. *Wien. med. Presse*, Juli 1902, n° 29, 1391. — **Tesson** (**R.**). Grossesses tubaires; hémorragies intra-péritonéales. *Gaz. des hôpitaux*, Paris, 8 juillet 1902, p. 761.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Fenwick.** Fifty laparotomies. *The british Gyn. J.*, août 1902, p. 134. — **Heater.** 5 cases of perforated gastric ulcer treated by abdominal section and suture. *Brit. med. J.*, 1902, II, 96. — **Mansell Moulin.** Cases of gastrotomy for recent gastric ulcer. *Lancet*, 1902, II, 17.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Holmes (R.-W.).** The normal third stage of labor, with special reference to its management. *Philadelphia med. Record*, août 1902, p. 190. — **Pennell.** The management of and preparation for the first stage of labor. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1902, n° 8, p. 474. — **Shears.** When and why does labor begin? *Med. Record*, août 1902, p. 281.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bergholm.** Ueber Mikroorg. des Vaginal secretes Schwangers. *Arch. f. Gynec.*, Bd LXVI, Hft. 3, p. 497. — **Caspar W. Miller.** Specific gravity of the urine and nitrogen elimination in pregnancy. *Unit. of Penno médical Bulletin*, juin 1902, p. 136. — **Hoeven.** Junge menschliche Eier. *Mon. f. Geb. und Gynæk.*, Juli 1902, p. 6. — **Merletti.** Urobilinuria gravidica. *Arch. ital. di ginec.*, juin 1902, p. 178. — **Portellani-Rosa.** Il baccino osseo dei verlebrati specialmente dei mammiferi. Studio di anatomia. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 7, p. 456, 528. — **Raineri.** Sul potere battericida e antitossico del sangue durante la gravidanza. II. Sul potere battericida e antitossico del sangue materno e fetale. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 7, p. 709.

DYSTOCIE. — **Audebert** et **Payrau.** Du cloisonnement transversal et congénital du vagin dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1902, n° 60, p. 697. — **Boyd.** A dicephalie monster obstructing labor. *The Am. J. of Obst.*, septembre 1902, p. 322. — **Brown.** Cesarean section necessited by ventrosuspension. *Am. J. Obst.*, août 1902, p. 197. — **Chaleix-Vivie.** Un cas de chancre syphilitique du vagin chez une femme enceinte. Dystocie cervicale. Grandes incisions du col. Sutures ultérieures. *Bull. méd. clinique Saint-Vincent-de-Paul*, Bordeaux, juin 1902, p. 81. — **Clifton (E.).** Pelvic deformity in New-York. *Méd. Record*, août 1902, p. 241. — **Giglio.** Alcuni gravi distocie materne per vizi di sviluppo. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 7, p. 689. — **Jacobs.** Grossesse et fibrome. *Bull. Société belge de gyn. et d'obst.*, 1902, n° 2, p. 56. — **Taylor (J.).** Ovarian tumour obstructing delivery; posterior vaginal section and ovariotomy during labour; operation and delivery at one sitting; recovery. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. III, p. 275. — **Trotta.** Fibromi dell utero complicanti il parto ed il puerperio. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 7, p. 393.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Futh.** Ueber die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 39, p. 1013. — **Paddock (Ch.).** The hygiene of pregnancy. *The New York med. J.*, juin 1902, p. 1091. — **Smith.** Pseudo-Pregnancy. *Am. J. obst.*, juillet 1902, p. 79. — **Smith.** The hygiene of pregnancy. *Med. Record*, juillet 1902, p. 93.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Bonney**. A probable case of superfœtation. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. II, p. 163. — **Braitenberg**. Ein Fall von acutem Hydramnion bei eineiigen Drillingen. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVI, Hft. 3, p. 633. — **Coyau**. Accouchement triple avec trois enfants vivants. *Archives médicales d'Angers*, 20 juillet 1902, p. 305.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bandler (S.)**. On the etiology, histology and usual course of ectopic gestation. *Am. J. obst.*, mars 1902, p. 371, 812; juillet, p. 43. — **Bogdanik**. Ectop. Schwangerschaft. *Wien. med. Presse*, 13 Juli 1902, n° 28. — **Braun-Fernwald**. Ætiologie, Diagnostik und Therapie der Extra-uteringravidität. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVI, Hft. 3, p. 681. — **Champneys**. Natural history of tubal gestation. *Journal of obst. and gyn. of the british Empire*, juin 1902, p. 585. — **Coyteux Prevost**. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine (14 observations personnelles). *Bullet. méd. de Québec*, 1902, n° 11, p. 523. — **Dobbert**. Sur la grossesse tubaire, ses complications et leur traitement. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 1902, n° 63, p. 737. — **Horrocks**. Case of extra-uterine fœtation. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. III, p. 228. — **Robson**. Primary ovarian gestation. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. III, p. 215. — **Robson (M.)**. Primary ovarian gestation. *The Journal of obstetrics and gynæcology of the british Empire*, Londres, juillet 1902, vol. II, n° 1, p. 11. — **Ross**. Ectopic gestation. *Am. J. obst.*, juin 1902, n° 1, p. 1. — **Tauber**. Extra-uteringravidität und Hämoglobinurie. *Prager med. Wochensch.*, 1902, n° 36, p. 437. — **Thompson**. Ovarian pregnancy with report of a case. *Am. Gyn.*, 1902, n° 1, p. 1. — **Èson**. Unusual case of ectopic gestation. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. III, p. 225.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ferroni**. Note embriologiche ed anatomiche sull' utero fetale. *Annali di ost. e ginec.*, juin 1902, p. 631, 871. — **Gallant (E.)**. An anencephalic hemisoid monster. *Am. J. Obst.*, juillet 1902, p. 75. — **Keiffer**. La glande mammaire chez le fœtus et le nourrisson. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1902, n° 2, p. 57. — **Leopold**. Zür Verhutung der Augenentzundung der Neugeborenen dure Credeisirung. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1902, n° 33, p. 768. — **Loennberg**. Ungewöhnlich kleine Fœtus compressus. *Mon. fur Geb. und Gynæk.*, Juli 1902, p. 25. — **Mc Gibbon**. A case of ectromelus. *The Lancet*, septembre 1902, p. 811. — **Peters (L.)**. Malarial fever in infancy, probably maternal in origin. *Bulletin of the Johns Hopkin's Hospital*, Baltimore, juin 1902, vol. XIII, n° 135, p. 139. — **Riether**. Clavicular fracturen Neugeborener bei spontaner Geburt. *Wiener klin. Wochensch.*, 1902, n° 24, p. 619. — **Stannus**. A case of teratoma of the fœtal head. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. III, p. 78. — **Stransky**. Ueber Entbindungs Lähmungen der oberen Extremität beim Kinde. *Cent. f. die Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1902, n° 15, p. 601. — **Thomson**. On defective co-ordination in utero, as a probable factor in the causation of certain congenital malformation. *British med. J.*, septembre 1902, p. 678.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Arcangelis**. Rottura della sinfisi pubica in seguito ad operazione di forcipe. *Archivio di ost. e ginec.*,

1902, n° 7, p. 412, 494. — **Bachmann**. Ueber einen Fall von konservativen Kaiserschnitt vor der Geburtseintritt wegen eines in Becken festgewachsenen Ovarialdermoids sammt Exstirpation desselben. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 33, p. 874. — **Beuttner**. Suprasymphysäres Fascienquerschn. nach Pfannenstiel. *Cent. f. Gyn.*, 26 Juli 1902, n° 30. — **Buist**. Symphysotomy in domestic and hospital practice. *The Journal of obstetrics and gynæcology of the british Empire*, Londres, juillet 1902, vol. II, n° 1, p. 32. — **Dewar**. The use and abuse of forceps in general practice. *The Edinb. med. J.*, septembre 1902, p. 236. — **Dixon (H.)**. Cæsarean section. *The Am. J. of med. sc.*, août 1902, p. 323. — **Endelman**. Beiträg z. geburtshilflichen Verfahren bei Komplikation d. Schwangerschaft durch Mastdarmkrebs. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 32, p. 848. — **Erchia**. Studio critico della cefalotrisia, cranioclasia ed embriotomia. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 6, p. 577, 726, 870. — **Gilman**. Fetal mortality in induced labor. *The Am. J. obst.*, septembre 1902, p. 351. — **Heinricius**. Ein Fall von Kaiserschnitt nebst Mittheilung über die in Finlang ausgefuhrten Kaiserschnitte. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVII, Hft. 1, p. 93. — **Knapp**. Zur Kasuistik des « accouchements forcés » unter Anwendung von Bossi's Dilatator. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 35, p. 913. — **Munro Kerr**. Fritsch's Fundalincision in conservative cæsarean section with illustrative cases. *The Journal of obstetrics and gynæcology of the british Empire*, Londres, juillet 1902, vol. II, n° 1, p. 21. — **Scheib**. Sectio cæsarea conservativa mit gleichzeitiger Myomektomie. *Prager med. Wochensch.*, 1902, n° 35, p. 425. — **Steven (Th.)**. Modern cæsarean section. *The Journal of obstetrics and gynæcology of british Empire*. Londres, juillet 1902, vol. II, n° 1, p. 52. — **Throyer-Rozat**. Accouchement forcé et accouch. chirurgical. *La Presse méd.*, 1902, n° 53, p. 627.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Ahlfeld**. Zwei Fälle von blutmolen mit polypösen Hämatomen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1092, Bd XLVII, Hft. 1, p. 1. — **Aldrich**. Puerperal a. gestational paralyses. *The Am. J. of Obst.*, septembre 1902, p. 326. — **Bell**. A case of puerperal eclampsia with autopsy and remarks. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. III, p. 253. — **Bredier**. *Pyélonéphrites au cours de la grossesse*. Th. doct., Paris, n° 401, 1902. — **Bué**. Les hémorragies post partum. *Le Nord médical*, Lille, le 1er juillet 1902, p. 148. — **Chambrelent**. Accouchement rapidement accéléré dans un cas d'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, résultat heureux pour la mère et pour l'enfant. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, août 1902, p. 412. — **Davis**. Polyhydramnios : its differential diagnosis and treatment with the report of cases. *The New-York medical Journal*, 12 juillet 1902, p. 58. — **Delagenière**. Môle hydatiforme avec hémorragie intra-utérine et infection ; hystérectomie abdominale subtotale ; guérison. *Archives médicales d'Angers*, 20 juillet 1902, p. 313. — **De Lee**. The treatment of placenta prævia based upon a study of 30 cas. *Am. Gyn.*, 1902, n° 2, p. 151. — **Doléris**. Rétroversion de l'utérus gravide ; son traitement chirurgical. *La Gynécologie*, Paris, juin 1902, p. 200. — **Dominguez**. Eclampsia puerperal. *La Semaine méd.*, 1902, n° 34, p. 665. — **Donoghue**. Appendicitis complicating pregnancy, with report of case ; removal of gangrenous appendix at three and one half-months, delivery at term.

Boston med. a. surg. J., septembre 1902, p. 272 — **Dorman (F.)**. Placenta prævia with statistics from the last eleven thousand two hundred deliveries of the Sloane maternity hospital. *Med. Record*, août 1902, p. 321. — **Fleck**. Ætiologie des hydoorrhea gravidarum. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVI, Hft. 3, p. 672. — **Gache (S.)**. Hemorragias por incersion viciosas de la placenta. *La Semana med.*, 1902, n° 29, p. 545. — **Green Cumston**. A case of pregnancy complicated by pyonephrosis, with remarks. *The New-York med. Journal*, 28 juin 1902, p. 1123. — **Jahreiss**. Zwei vaginale Kaiserschnitte bei Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 35, p 919. — **Knapp (L.)**. Ueber unstillbare Blutungen im Anschlusse an die Geburt. *Prager med. Wochensch.*, 1902, n° 36, p. 439. — **Lop**. Début insolite de la tuberculose à forme de vomissements incoercibles dans la grossesse. *La Gaz. méd. du Centre*, 1902, n° 8, p. 119. — **Magnus (A.)**. Ueber reine puerpuerale Staphylokokkenpyämie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 33, p. 868. — **Marchais**. Du massage et de la mobilisation dans les phlébites. *La Presse méd.*, 1902, n° 53, p. 629. — **Mathieu (E.)**. Rétention placentaire prolongée. *Bull. méd. de Québec*, 1902, n° 11, p. 544. — **Mc Kerron**. Suppression of urine after labour. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. II, p. 97. — **Nicholson**. On the use of thyroid extract in puerperal eclampsia and in the preeclamptic state. *The Journal of obstetrics and gynæcology of the british Empire*, London, juillet 1902, vol. II, n° 1. p. 40. — **Rossier**. Gonorrhée, grossesse et suites de couches. *Bull. mens. Soc. Vaudoise des sages-femmes*, 1902, n° 1, p. 77. — **Sauvage**. Observation d'un avortement normal. *La Touraine médicale*, :5 juillet 1902, p. 52. — **Sauvage**. Contribution à l'étude de l'éclamptisme. *La Touraine médicale*, 1902, n° 9, p. 68. — **Sinclair**. On puerperal aphasia with an analysis of 18 cases. *The Lancet*, London, 26 juillet 1902, vol. CLXIII, p. 204. — **Strassmam**. Placenta prævia. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVII, Hft. 1, p. 112. — **Tate (W.)**. Lithopœdion retained in patient for sixteen years. *Trans. of the Obs. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. II, p. 95. — **Tucker Harrison**. The pathogenesis and therapeutics of puerperal eclampsia. *Am. J. Obst.*, juin 1902, p. 834. — **Vincent (R.)**. A case of gangrene of both Nipples occurring in the puerperium. *The Lancet*, avril 1902, p. 962. — **Weir**. Rupture of the posterior wall of the cervix uteri vithout involvement of the external os, occurring during abortion at the fourth mouth ; escape of the fœtus through the laceration. *Am. Gyn.* — **Wesley Bovee**. Threatened tubal abortion. *Am. J. Obst.*, juin 1902, p. 841. — **Zangemeister**. Kinische Beiträge z. Frage des Wochenbetts morbididät. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XLVII, Hft. 3, p. 440.

THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Betti (A.)**. Il Chinio nelle gestanti. *La Clinica ostet.*, juin 1902, p. 213. — **Fontoynont**. L'arrhénal dans la grossesse compliquée de paludisme. *La Presse méd.*, 1902, n° 69, p. 824. — **Léopold**. Sulla dilatazione rapida della bocca uterina col dilatatore Bossi. *La Clin. ost.*, juin 1902, p. 201. — **Rissmann**. Schnelle Erweiterung der Cervix mit dem Dilat. von Bossi. *Cent. f. Gynæk.*, July, 1902, p. 745. — **Voigt**. Vagin. Anwendung der Braun schen Blase in der Geb. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVI, Hft. 3, p. 124. — **Zimmermann**. Intrauterine Ballonbehandlung in der Geburtschülfe. *Mon. fur. Geb.und Gyn.*, Juli 1902, p. 37.

VARIA. — **Ahlfeld**. Erganzungsblatt 3 u. 8 z. Preusfischen Hebammen Lehrbuch. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 32, p. 841. — **Ahlfeld**. Die Zukunft unseres Hebammenstandes. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 35, p. 915. — **Bacon**. Report of two cases of tempory hypertrophy of glands of skin in the axilla in puerperæ. *Med. News*, août 1902, p. 256. — **Canton**. Primer corte sagital practicado en Sud America en un caso de preñez a termino con placenta previa total. *La Semana med.*, 1902, n° 36 p. 703. — **Heitz**. Grossesses et accouchements chez les tabétiques, anesthésies radiculaires, cutanées et profondes. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, Paris, 13 juillet 1902, p. 649. — **Kossmann**. Was ist intraabd. Druck? *Cent. f. Gyn.*, Juli 1902, p 721. — **Reich**. Propriety of simultaneous attendance upon scarlet fever a. obstetrical cases. *Am. J. Obst.*, août 1902, p. 194. — **Stouffs**. Psychoses et accouchement. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1902, n° 2, p. 69. — **Thiémisch**. Storch'sche Reaction der Frauenmilch. *Mon. f Geb. und Gyn.*, Juli 1902, p. 32. — **Vincent**. Lymphangitis mammæ : an affection of the breast arising about the tenth day of the puerperium with well marked clinical fœtures. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1902, vol. XLIV, pl. II, p. 158.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris-Tours, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

LES KYSTES HYDATIQUES DU BASSIN ET DE L'ABDOMEN

AU POINT DE VUE DE LA DYSTOCIE

par le Dr **J. Franta** (de Prague)
Ancien chef de la clinique obstétricale et gynécologique
du professeur **Pawlick.**

(*Suite et fin.*)

IV

L'influence de kystes hydatiques de la cavité abdominale et pelvienne sur la grossesse.

Péan et Secheyron (1), dans le mémoire sur les kystes hydatiques de l'utérus, s'expliquent de cette manière : « L'influence du kyste sur le cours de la grossesse paraît presque nulle. Il ne semble pas que le kyste hydatique de l'utérus soit une cause de stérilité. Le développement de cette collection liquide est graduel; si elle siège au col, elle ne saurait tout d'abord rétrécir complètement, obstruer le canal cervical ; s'il y avait obstruction, des troubles menstruels, rétention de menstrues, donneraient l'éveil, en provoquant un examen des organes profonds. L'imprégnation peut donc s'effectuer, et, mieux encore, la grossesse peut évoluer normalement et arriver à terme. Dans le cas de Ginsbourg, la présence du kyste put être incriminée comme cause de l'accouchement prématuré. »

D'après Larre (2), « l'action de la tumeur sur la grossesse est aussi manifeste. L'hydatide paraît agir sur elle de deux manières : par les produits de sa nutrition et par les modifi-

---

(1) *Loc. cit.*, p. 1035.
(2) *Loc. cit.*, p. 92.

cations qu'elle entraîne dans la structure du support pelvien. Nous savons que le liquide hydatique et le liquide dégénéré qui le remplace plus tard sont éminemment toxiques. Il est tout naturel de penser que l'action sur la mère doit se compliquer d'une action sur le fœtus. Les faits du passage des toxines du sang maternel dans le placenta fœtal ne sauraient plus être niés aujourd'hui, après les nombreuses recherches faites à ce sujet. Ici, leur action pourra se manifester de différentes manières. Tantôt, elles agiront simplement en amenant une nutrition défectueuse, et alors l'enfant, à sa naissance, sera malingre, peu développé, et si une intervention obstétricale est nécessaire, elle lui sera souvent fatale. Il est probable qu'il a dû en être ainsi dans notre observation XV. Les trois enfants mort-nés, et qui remuaient, au dire de la mère, avant l'intervention, étaient peu développés, et nous croyons que l'intervention, toute grave qu'elle ait été, ne saurait être complètement rendue responsable de leur mort.

« Nous ne connaissons pas d'exemple de mort du fœtus par le seul fait de l'intoxication hydatique dans les kystes des os du bassin. Mais notre pauvreté en documents cliniques et le peu de renseignements que nous y trouvons, au point de vue obstétrical, nous obligent, on le comprend sans peine, à réserver notre jugement. L'impossibilité du fait n'est pas démontrée. M. le professeur Chambrelent nous a communiqué le cas personnel d'une femme, opérée depuis pour un kyste hydatique de l'ovaire et qui a toujours donné naissance à des enfants mort-nés, et notre ami, M. le docteur Dufilh, a pu observer un fait semblable chez une de ses clientes atteinte de kyste hydatique du foie. Ces faits, sans être probants, méritent d'attirer l'attention, et peut-être l'expérimentation suppléerait-elle ici à l'insuffisance, et à la difficulté d'interprétation des observations cliniques de ce genre. »

Joseph Le Nadan (1) a accepté l'hypothèse de Larre sans pouvoir la soutenir par des faits nouveaux.

---

(1) *Étude sur les kystes hydatiques de l'ovaire*, p. 44. Thèse de Bordeaux, 1896.

Le cas du professeur Chambrelent, dont Larre fait mention, fait aussi l'objet d'une communication du professeur Demons au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux, 1895, et de la thèse de Joseph Le Nadan, mentionnée plus haut. Chez cette femme, la première grossesse a été déjà compliquée par le kyste hydatique de l'ovaire et, en même temps, l'utérus était en rétroversion. On essaya le redressement de l'utérus sous chloroforme, mais sans aucun résultat. Vu la mauvaise position de l'utérus et la présence de cette tumeur, dont la nature était inconnue, on décida de pratiquer un avortement à 4 mois et demi. Au bout de 18 mois, nouvelle grossesse. L'acccouchement se fit naturellement, mais le travail fut très long : il dura vingt-deux heures, au bout desquelles fut expulsé violemment un enfant, *étranglé par trois circulaires autour du cou. Il mourut quelques instants après sa naissance*. Pendant le troisième accouchement, le professeur Chambrelent tenta une application de forceps de Tarnier et il poursuivit les tractions pendant vingt minutes ; l'enfant, d'un volume au-dessous de la moyenne, *naquit en état de mort apparente*, et toutes les tentatives faites pour le ranimer ne purent le ramener à la vie.

Nous voyons alors que la supposition de Larre, que cette femme a « toujours donné naissance à des enfants mort-nés », n'est pas correcte ; le premier enfant mourut quelques instants après sa naissance, à cause d'un étranglement par trois circulaires autour du cou, et l'autre, né en état de mort apparente, mourut à la suite d'une « longue et difficile application de forceps » (de Tarnier), comme l'admet aussi Le Nadan (p. 45). La mort de ces deux enfants est tout à fait naturellement expliquée, et il n'est pas nécessaire d'incriminer une problématique intoxication hydatique du fœtus.

Il est vrai, sans doute, que le liquide hydatique, en quelques circonstances, est éminemment toxique. Mourson et Schlagdenhauffen (1) y ont trouvé des leucomaïnes, et

(1) Nouvelles recherches chimiques et physiologiques sur quelques

Brieger a réussi, d'après Langenbuch (1), à en isoler un corps qui, injecté aux souris, a montré très rapidement des actions mortelles. Mais on n'a pas encore, sans aucun doute, prouvé que ces ptomaïnes ou toxines puissent pénétrer à travers les parois d'un kyste hydatique absolument intactes et normales, et, de la sorte, on ne peut pas encore dire qu'elles puissent agir, en telles circonstances, sur la mère et, par leur passage du sang maternel dans le placenta, aussi sur le fœtus.

Chez les enfants dont la naissance a été rendue difficile par la présence de kystes hydatiques, on en fait 26 fois mention concernant leur développement et leur poids ; ainsi, il y en avait 19, ou 73 p. 100 nés à terme, proportionnellement développés. Dans notre observation, par exemple, l'enfant pesait 3.450 grammes, sans compter le cerveau, le sang et la plus grande partie des os du crâne ; dans le fait de Porak, et dans celui de Fissier-Desfosses, l'enfant pesait 3.100 grammes ; dans celui de Birnbaum, cinq livres et demie (à peu près 3.080 grammes). Dans l'observation de Bar et Dambrin, le fœtus était sûrement bien développé, sa tête étant « un peu plus volumineuse qu'à l'état normal ». Dans une autre observation, P. Bar a pratiqué l'opération césarienne, au huitième mois de la grossesse ; il m'a bien voulu communiquer par une lettre que le fœtus, à sa naissance, pesait 2.800 grammes ; le fœtus était donc très bien développé.

Il faut bien avouer que la mortalité moyenne des enfants, dans les cas de dystocie produite par les kystes hydatiques, s'évalue à 62 p. 100 ; mais il faut, sans aucun doute, en chercher la cause dans la dystocie elle-même, non pas dans le faible développement des enfants à la suite d'une intoxication hydatique. Sur 17 enfants morts ou pendant le travail ou

---

liquides organiques. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 3 oct., 1882. — Voir aussi *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, séance du 7 nov. 1882, p. 1265.

(1) *Der Leberechinococcus und seine Chirurgie*, p. 78. Stuttgart, 1890, Enke, éd.

aussitôt après, nous en comptons: en effet, 64,7 p. 100 nés à terme, proportionnellement développés.

D'après nos recherches, nous ne pouvons donc pas accepter l'hypothèse de Larre. Nous regrettons de n'avoir pu trouver nulle part mention concernant le développement du fœtus dans les faits de dystocie produite par des kystes de l'ovaire, pour pouvoir en faire comparaison avec les résultats que nous venons de citer. Et quand même le développement des fœtus, dans les cas de grossesse compliquée par des kystes hydatiques, serait véritablement faible, il nous semble être plus juste d'en incriminer plutôt l'influence mécanique de la tumeur elle-même que l'influence toxique de son contenu.

Nous avons constaté, il est vrai, quelques observations de grossesse compliquée par des kystes hydatiques de la cavité abdominale et pelvienne, où la grossesse a été plusieurs fois interrompue; mais, d'autre part, il y a beaucoup d'observations où l'utérus lui-même et son voisinage ont été occupés par des kystes hydatiques et où la grossesse a, cependant, continué son cours normal jusqu'à terme.

D'après ce que nous venons de citer, nous ne pouvons pas prétendre que les kystes hydatiques de la cavité abdominale et pelvienne aient une influence défavorable bien manifeste, en ce qui concerne le cours de la grossesse et le développement du fœtus.

V

Diagnostic.

Pendant une grossesse ou pendant un accouchement, on peut rencontrer, comme nous l'avons vu au cours de ce travail, des kystes hydatiques situés dans les plus différents organes et tissus de l'abdomen et du bassin. C'est pourquoi nous ne pouvons pas nous occuper, dans ce chapitre, du diagnostic différentiel; ce serait là dépasser les limites de notre sujet. Il faut donc nous borner au diagnostic des kystes hydatiques abdominaux et pelviens en général.

Nous n'hésitons pas à avouer, tout d'avance, que le diagnostic d'un kyste hydatique peut être très difficile, quelquefois même impossible. Le diagnostic devient le plus difficile, quand le kyste s'est développé dans l'intérieur de l'organe, par exemple du foie, de la rate, et quand on ne peut constater qu'un simple agrandissement de cet organe.

Mais même, en présence d'une tumeur nettement constatée par le toucher et par le palper, le diagnostic d'un kyste hydatique présente parfois beaucoup de difficultés. Des erreurs ont été commises assez souvent en telles circonstances, même par les cliniciens de valeur. Thomas Smith (1), Olshausen (2), Terrier (3), Morris (4), Cousins (5), J. P. White (6), De Haën (7), Samuel Osborn (8), Surmay (9), Rushton Parker (10), J. W. Little (11), P. Delbet (12), Gardner (13), Thomas Bryant (14), F.-N. Fitzgerald (15), F.-H. Champneys (16), Segond (17), Lucas Championnière (17, 1[a]), Richelot (17, 1[b]), Ja-

(1) *British med. Journal*, 1868, I, p. 97.

(2) Voir J. Kuthe, *Drei Fälle von Echinococcustumoren der Organe der Bauchhöhle, welche zur Verwechslung mit Eierstocks-kystomen Veranlassung gegeben haben*. Inaug. Dissert., Halle-a.-S., 1881, p. 22.

(3) *Bulletins et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1885, T. XI, p. 364.

(4) *The Lancet*, 1889, I, p. 529.

(5) *British med. Journal*, 1874, II, p. 700.

(6) Voir Peaslee Randolph, *Ovarian tumours*, 1873, p. 161.

(7) Voir Boinet, *Traité pratique des maladies des ovaires*, Paris, 1877, p. 390.

(8) *St.-Thomas's Hospital Reports*, 1875, vol. VI, p. 347.

(9) *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1885, T. XI, p. 402.

(10) *British med. Journal*, 1897, I, p. 781.

(11) *Ibidem*, 1857, p. 189.

(12) Voir Baraduc, *Traitement des kystes hydatiques abdominaux*, Paris, 1898, G. Steinheil, éd., p. 92.

(13) *Transactions of the intercolonial medical congress of Australasia*, IIe Sess., Melbourne, 1889, p. 349, n° V.

(14) *Guy's Hospital Reports*, 1869, sér. III, vol. XIV, p. 235.

(15) *Australian med. Journal*, 1880, vol. II, p. 206.

(16) *St.-Bartholomew's Hospital Reports*, vol. XIII, 1877. *Medical Report* for 1876. Appendix n° 82.

(17, 1 *a*, 1 *b*) Voir Potherat, *Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie*, Paris. 1889, Steinheil, éd., p. 19.

kovleff (1), Pavloff (2), Orlovsky (3), Soudakoff (4), par exemple, et beaucoup d'autres, ont diagnostiqué un kyste de l'ovaire et, au lieu de celui-ci, ont trouvé un kyste hydatique du foie.

Leuckart cite le cas de Luschka dans lequel un kyste hydatique du foie a été pris pour une grossesse extra-utérine.

Les kystes hydatiques du rein, de la rate, de l'épiploon ont été assez souvent confondus avec des kystes de l'ovaire. Nous ne pouvons nous occuper ici de ces erreurs diagnostiques, bien qu'elles soient très intéressantes et instructives. Nous faisons mention d'un cas seulement, celui de Imlach (5). Une tumeur, du volume d'un utérus gravide à terme, ressemblait à celui-ci, de telle manière qu'on l'a ausculté plusieurs fois. Les bruits fœtaux n'étant pas trouvés, on diagnostiqua un cysto-fibrome de l'utérus ; à l'opération, on trouva un kyste hydatique du rein gauche.

Les difficultés diagnostiques deviennent beaucoup plus grandes pendant une grossesse et surtout pendant une grossesse plus avancée ou pendant le travail. C'est l'utérus augmenté de volume qui s'oppose à ce qu'on puisse palper et toucher d'une manière plus nette; pendant le travail s'y opposent encore les contractions de l'utérus, la tension de la paroi abdominale, l'inquiétude de la parturiente, la dislocation et la compression du kyste, etc.

Sans avoir pratiqué la ponction du kyste, on n'a pu, *pendant le travail*, établir le diagnostic précis que 2 fois sur 37 cas ; toutes les deux fois l'opération d'un kyste hydatique a déjà précédé. *Pendant la grossesse*, on diagnostiqua un kyste hydatique 4 fois sur 22 cas sans avoir ponctionné la tumeur auparavant.

---

(1) *Protocoles de la Soc. méd. de Tamboff*, 1890, p. 204 (en russe).
(2) *Bulletin de la chirurgie*, 1885, p. 12 (en russe).
(3) *Annales de chirurgie*, 1893, III, p. 354 (en russe).
(4) *Vratch*, 1897, p. 1262 (en russe).
(5) *Die Parasiten des Menschen*, IIe éd., p. 783.
(6) *British med. Journal*, 1887, II, p. 17.

Dans les faits que nous avons réunis on diagnostiqua, en général, ou un *kyste de l'ovaire* ou un *fibrome de l'utérus*; assez souvent le diagnostic était indécis entre ces deux tumeurs. Sadler diagnostiqua une *exostose de l'os sacrum* et, à l'autopsie, il trouva un kyste hydatique énorme du foie s'étendant jusque dans la cavité pelvienne. Batchelor présumait un *cancer* ou une *dégénérescence caséeuse des ganglions mésentériques* et, à l'opération, il trouva un kyste hydatique du foie. Marchand, dans le fait observé avec Bar, présumait une grossesse extra-utérine.

En présence d'une tumeur de l'abdomen ou du bassin, le diagnostic d'un kyste hydatique peut être facilité par les faits et symptômes qui suivent:

1° **Distribution géographique de l'échinocoque.** — Dans les pays où cette maladie est très fréquente, comme dans l'Islande, l'Australie, l'Argentine (1), le Mecklembourg, la Poméranie, la Dalmatie (2), etc., on peut, en présence d'une tumeur abdominale ou pelvienne, soupçonner un kyste hydatique plutôt que, par exemple, chez nous, en Bohême, où on ne la rencontre que bien rarement.

2° **L'évolution et l'accroissement de la tumeur.** — On sait que l'évolution des kystes hydatiques est, en général, très lente.

---

(1) Herrera Vegas et Daniel Cranwell ont réuni, dans leur livre, *Los Quistes hidatidicos en la república Argentina*, Buenos-Ayres, 1901, 970 cas de kystes hydatiques observés dans les hôpitaux de Buenos-Ayres, de Rosario et de Santa-Fe, de l'année 1875 à 1899.

Voir aussi leur communication au XIII° congrès intern. de méd. à Paris, 1900.

(2) Pericic et Lalié (*loc. cit.*) ont observé, dans l'hôpital de *Sebenico*, 60 cas de kystes hydatiques pendant les années 1891 à 1897, et prétendent que l'échinocoque est plus fréquent en Dalmatie qu'en Poméranie. — Ivo Marcelic [*Liecnicki viestnik*, 1899, XXI, p. 142 (en croate)] a observé, pendant les années 1891 à 1898, 50 cas d'échinocoque, dans l'hôpital de Zarà. — Posselt (*Die geographische Verbreitung des Blasenwurmleidens* Stuttgart, Enke, éd., 1900, p. 319-321) signale 41 nouveaux cas d'échinocoque, observés par Lalic et Marcelic, de l'année 1897-1898. En somme, 151 cas observés dans ce petit pays (528.000 habit.), pendant une période de dix ans.

Dans des conditions normales, ils n'augmentent de volume que trop peu, et il arrive assez souvent qu'ils restent à peu près stationnaires pendant plusieurs ans. Dans l'observation de Morris (1), par exemple, et, de même, dans l'observation de Heaton (2), le volume d'un kyste hydatique du foie ne varia point au cours de trois ans. W. Robertson (3) a observé un kyste hydatique du foie, qui, pendant une période de *vingt-six ans*, atteignit un diamètre de 12 centimètres et qui contenait 500 grammes d'un liquide tout à fait limpide. Davaine (4) cite l'observation de Reynal : un kyste hydatique sur la partie latérale gauche du cou, du volume de la tête d'un enfant, datant de *quarante-trois ans* ; les hydatides étaient encore parfaitement intactes.

Il arrive quelquefois que, sous l'influence d'un *traumatisme* (5), le kyste hydatique augmente de volume bien rapidement (sans être suppuré ; l'accroissement rapide des kystes hydatiques suppurés est très fréquent).

On a observé la même chose sous l'influence de quelques *maladies infectieuses*, par exemple de la *scarlatine* (Murchison [6], Newman [7]), de la *rougeole* (Sokoloff [8]).

Pour le diagnostic d'un kyste hydatique, peut être d'une certaine valeur le fait que les premiers symptômes de cette maladie sont bien souvent remarqués pendant une grossesse ou pendant les suites de couches et que, dans cette période, l'accroissement des kystes hydatiques est très souvent beaucoup plus rapide qu'à l'ordinaire.

---

(1) *The Lancet*, 1889, I, p. 477.

(2) *British med. Journal*, 1874, II, p. 557.

(3) *Ueber den Leberechinococcus mit besonderen Berücksichtigung seines abnormen Verlaufes und seiner Therapie*, Dissert. inaug., Freiburg-i.-B., 1890, p. 34, n° IV.

(4) *Loc. cit.*, p. 393.

(5) Voir Jules Danlos, *De l'influence du traumatisme accidentel, considéré comme cause occasionnelle des kystes hydatiques en général*, Paris, 1879. Adrien Delahaye, éd.

(6) *Maladies du foie*, p. 124.

(7) *The Lancet*, 1862, t. XI, p. 476.

(8) *Vratch*, 1894, p. 306 (en russe).

3° **La forme et la consistance de la tumeur.** — En présence d'un kyste hydatique intact, on trouve généralement, à la palpation, une tumeur régulièrement arrondie, lisse à sa surface, indolente, élastique et tendue, rénitente, parfois même dure. Souvent on peut y sentir un certain degré de fluctuation : une fluctuation bien nette est fort rare. Nous insistons surtout sur la rénitence de la tumeur et l'élasticité en même temps ; c'est là un symptôme caractéristique d'un kyste hydatique.

La tension et la rénitence du kyste sont parfois d'un tel degré qu'on n'y peut point trouver de la fluctuation et, en pareils cas, on a assez souvent diagnostiqué une tumeur solide.

Schwartz (1) a opéré un kyste hydatique du foie, pédiculé, rattaché par des adhérences à la paroi abdominale ; il présumait un fibrome de la paroi abdominale. Hinckeldeyn (2) signale un cas de kyste hydatique du rein gauche pris pour un cancer du rein mobile. Hildebrand (3) diagnostiqua, chez une fillette de 5 ans, un sarcome du rein et trouva un kyste hydatique du rein. Sänger (4) et, de même, Schede (5) ont opéré un kyste hydatique du rein pris pour une tumeur solide du rein. Schede ajoute : « La dureté extraordinaire de la tumeur n'admettait aucune autre opinion que celle de l'existence d'une tumeur solide, de sorte qu'on n'a point pensé à soutenir le diagnostic par une ponction exploratrice. » Batchelor a opéré, pendant la grossesse, un kyste hydatique du foie en présumant un cancer ou une dégénérescence caséeuse des ganglions mésentériques.

Les kystes hydatiques développés dans la cavité pelvienne

(1) *Bullet. et mém. de la Soc. de chirurg. de Paris*, t. XVIII, p. 363 (cité d'après Alexinsky).

(2) Madelung, *Beiträge mecklemburgischer Aerzte zur Lehre von der Echinococcen-Krankheit*, p. 135.

(3) Beiträge zur Nierenchirurgie. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1894, vol. XL, p. 90.

(4) Beiträge zur transperitonealen Nephrektomie. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1892, XXXIV, p. 376, obs. IIIe.

(5) *Meine Erfahrungen über Nierenexstirpation*, Hamburg, 1889. — Voir aussi G. Wuthrich, *Ueber den Echinococcus der Niere und dessen Behandlung*. Inaug. Dissert., Zurich, 1894, p. 10.

ou descendant dans le bassin étant comprimés par des parties fœtales au moment du travail, leur tension et leur rénitence deviennent beaucoup plus grandes, et ils ont été plusieurs fois confondus avec des tumeurs solides. Meyer, dans son observation, présumait une tumeur solide. Dans l'observation qui fait l'objet de la communication de Demons et de la thèse de Le Nadan, le kyste a été pris, par Chambrelent, pour un fibrome de l'utérus. Il en était ainsi dans notre observation où le médecin, qui assistait au 7e accouchement, diagnostiqua un fibrome de l'utérus. Pinard soupçonnait des fibromes multiples de l'utérus. Porak, ou un fibrome ramolli ou une tumeur kystique. Sadler a été tellement mis en erreur par la dureté de la tumeur qu'il diagnostiqua une exostose de l'os sacrum.

Dans tous ces faits que nous venons de citer, les kystes hydatiques étaient tout à fait intacts, sans aucun signe d'une dégénérescence.

Les parois du kyste étant incrustées, dures, on peut être encore plus facilement mis en erreur. Krichenmeister (1) signale un cas de kyste hydatique aux parois incrustées, rattaché par des adhérences à l'utérus, pris pour un lithopædion.

4° **Siège de la tumeur.** — Il peut aussi, en présence d'autres symptômes, contribuer en quelque sorte au diagnostic d'un kyste hydatique. C'est le foie où il siège le plus souvent, Alexinsky (2) a réuni les statistiques de Neisser, Finsen, Madelung, Peiper et de Nadeschdin ; il compte que de 1.950 cas de kystes hydatiques de tous les organes et tissus, 1.041 (ou 53,4 p. 100) appartiennent au foie. En présence d'une tumeur du foie arrondie, élastique et rénitente en même temps, avec un certain degré de fluctuation indolente, qui s'est développée très lentement, on peut le plus probablement diagnostiquer un kyste hydatique. Une erreur est aussi possible, il est vrai.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 211.
(2) *Loc. cit.*, p. 50-51.

Dans la séance de la Société obstétricale et gynécologique (1 de Berlin, 13 janvier 1899, Olshausen a montré une vésicule biliaire prise pour un kyste hydatique du foie ; elle avait un tel volume qu'on la pouvait sentir par le toucher vaginal.

Dans la cavité pelvienne, on trouve les kystes hydatiques le plus souvent dans le tissu cellulaire du bassin, surtout dans la cloison recto-vaginale ou dans le cul-de-sac de Douglas. On y trouve, en général, des tumeurs immobiles, d'une forme et d'une consistance caractéristiques, indolentes, qui refoulent l'utérus en haut et en avant en même temps.

6° **Les kystes hydatiques sont bien souvent multiples**, ce qui facilite leur diagnostic.

Sur 36 cas de dystocie que nous avons réunis dans notre travail, nous comptons 14 cas (c'est-à-dire 39 p. 100) de kystes hydatiques multiples, et sur 22 cas opérés pendant la grossesse, nous en comptons 5 (22,7 p. 100). Si l'on trouve, au palper et au toucher, de nombreuses tumeurs disséminées dans la cavité péritonéale, d'une forme et consistance caractéristiques, indolentes, développées très lentement, à peu près sans altération de la santé, sans fièvre, sans l'ascite, on peut le plus probablement soupçonner des kystes hydatiques multiples.

Le foie est, en général, en même temps envahi par l'échinocoque, ce qui facilite le diagnostic. Fokarenko (2) a réuni 160 cas de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale; le foie a été 114 fois (71,2 p. 100) envahi par ce parasite.

Mais il faut avouer qu'il est, même en présence de tumeurs multiples, assez souvent très difficile d'établir un diagnostic précis de l'échinocoque. Dohrn (3), par exemple, crut être en présence de fibromes sous-séreux, pédiculés de l'utérus. La même erreur a été commise par Poncet (4), Nigri-

(1) *Centralblatt für Gynæk.*, 1899, p. 333.

(2) *Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale et leur développement*, Dissert., Saint-Pétersbourg, 1895 (en russe).

(3) *Centralblatt für Gynækol.*, 1886, p. 115.

(4) Voir Monéger, J., *Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin.* Thèse de Lyon, 1892, p. 16.

soli (1), Syredey (2), Sondakoff (3), Faure (4), et par d'autres. Tipiakoff (5) diagnostiqua, dans des circonstances semblables, une dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques. Lancereaux (6) présumait d'abord un carcinome encéphaloïde ou colloïde du péritoine et, plus tard, une péritonite tuberculeuse avec altération des glandes mésentériques. Geissel (7) diagnostiqua un kyste multiloculaire de l'ovaire. Küchenmeister (8) crut être en présence d'un lithopædion, et il était déjà en train de pratiquer une opération lorsque, tout à coup, le kyste s'ouvrit et se mit en communication avec le rectum et avec l'utérus. Cobbold (9) cite un cas de kystes hydatiques du péritoine pris pour une grossesse extra-utérine.

Potherat (10) fait remarquer que, dans les cas de kystes hydatiques du foie, on trouve dans les urines la présence de **sels biliaires**, et il voit en cela un signe d'une certaine valeur pour le diagnostic d'un kyste hydatique du *foie*, un signe « qui pourra dans beaucoup de cas préciser la situation d'une tumeur abdominale dont le siège est incertain ». Il ne peut pas se prononcer si ce signe existe dans tous les cas de kystes hydatiques du foie ; ce qu'il peut dire, c'est qu'il ne lui a jamais fait défaut.

R. Lachmann (11), de même, dit que l'examen des urines

(1) *Contributo alla chirurgia dell'echinococco*, Bologna, 1893. N. Zanichelli, éd.

(2) *Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, 1886, p. 336.

(3) *Vratch*, 1897, p. 1264, obs. X^e (en russe).

(4) Voir Pétron, *L'hémisection utérine dans l'hystérectomie abdominale*. Thèse de Paris, 1900, p. 76, obs. XXIXe.

(5) La *Revue méd.* (en russe), 1894, vol. XLII, n° 22.

(6) Voir Gérard, *Des kystes hydatiques du péritoine*. Thèse de Paris, 1876, p. 45.

(7) *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1877, n° 43, p. 517.

(8) *Loc. cit.*, p. 211.

(9) *Parasites, a treatise on the entozoa of man and animals*, London, 1879, p. 131.

(10) *Contribution au diagnostic et au traitement chirurg. des kystes hydatiques du foie*, Paris, 1889, p. 10. Steinheil, éd.

(11) *Ueber operative Behandlung des Echinococcus der Bauchorgane*, Inaug. Dissert., Breslau, 1896, p. 32.

peut fournir, pour les rapports de la tumeur aux organes abdominaux, des renseignements précieux. Dans deux observations (nos 3 et 11), la présence de sels biliaires indiquait une affection du foie.

7° **Le frémissement hydatique** est considéré, en général, comme le symptôme le plus important et le plus sûr d'un kyste hydatique intact et frais.

Briançon (1) attribuait une telle importance au frémissement hydatique qu'il fait remarquer que désormais les difficultés (dans le diagnostic) n'existeront plus, ou qu'elles ne se présenteront que dans des cas fort rares si l'on a égard aux signes que fournissent la percussion seule et la percussion et l'auscultation réunies.

Lorsque le frémissement existe, dit Davaine (2), il détermine sûrement la nature de la tumeur.

Mais, d'autre part, il faut constater que :

A) *Le frémissement ne se rencontre que bien rarement dans les kystes hydatiques.* — Davaine (3) lui-même fait remarquer que « le frémissement ne se rencontre point dans toutes les tumeurs hydatiques, et son intensité est très variable suivant les cas ». D'après Harley (4), « ce symptôme important pour le diagnostic se distingue plutôt par son absence que par sa présence ». E. Hennoch (5) et E. Lendet (6) s'expliquent d'une manière semblable ; celui-ci l'a observé une seule fois sur 24 cas de kystes hydatiques. Finsen (7) ne pouvait le constater dans aucun des 235 cas qu'il a observés ; de même Lawson Tait (8), bien qu'il ait opéré beaucoup de kystes hydatiques.

(1) *Essai sur le diagnostic et le traitement des acéphalocystes*, Thèse de Paris, 1826, p. 18.

(2) *Loc. cit.*, 399.

(3) *Loc. cit.*, 398.

(4) *Leberkrankheiten*, p. 395 (traduction allemande).

(5) *Klinik der Unterleibskrankheiten*, Berlin, 1863, p. 158.

(6) *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, p. 419.

(7) *Loc. cit.*

(8) *Traité des maladies des ovaires*, p. 256 (traduct. franç.).

B) *Le frémissement hydatique est loin d'être caractéristique pour des kystes hydatiques.* — Bamberger (1) l'a rencontré plus souvent dans l'ascite et dans les kystes de l'ovaire que dans les kystes hydatiques. Potain (2) diagnostiqua, en présence du frémissement, un kyste hydatique de la rate et trouva une hydronéphrose. J. Boeckel (3) fait remarquer « qu'il peut, en effet, être perçu dans certaines pleurésies et certaines péritonites, indépendamment de tout kyste hydatique ». L. Landau (4) l'a constaté trois fois dans les kystes multiloculaires de l'ovaire, et une fois même dans un cystosarcome du foie; il dit qu'il n'a jamais rencontré un frémissement tellement distinct, comme il était dans ce dernier cas. C'est pourquoi il ajoute : « Le frémissement hydatique n'est donc point pathognomonique pour les kystes hydatiques. Etant présent, il ne donne pas la preuve de l'existence d'un kyste hydatique; étant absent, un kyste hydatique peut encore exister. » Du même avis sont W. Heincke (5), Davies Thomas (6), Graham (7), J. Oliver (8), Alexisky (9) et beaucoup d'autres.

Serejnikoff (10) signale une observation d'un kyste multiloculaire développé, le plus probablement, dans les restes des conduits de Müller; on y trouva une sensation identique au frémissement hydatique.

---

(1) *Virchow's Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie*, vol. VI, 1, p. 611.

(2) Voir Cras, *Etude sur les kystes hydatiques de la rate*. Thèse de Bordeaux, 1896, p. 33.

(3) *Étude sur les kystes hydatiques du rein*, Paris, 1887, Alcan, éd., p. 32.

(4) Ueber subdiaphragmatische Echinococcen und deren Behandlung. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1886, n° 49, p. 875.

(5) *In Pit'ha-Billroth'Handbuch*, vol. III, 2, p. 136.

(6) *Hydatid disease*, vol. II, p. 5.

(7) *Hydatid disease in its clinical aspects*, London, 1891, Young J. Pentland, édit., p. 71.

(8) *Abdominal tumours and abdominal dropsy in women*, London, 1895, p. 172.

(9) *Loc. cit.*, p. 160.

(10) *Journal d'obstétrique et des maladies des femmes* (en russe), 1894, vol. VIII, p. 312.

D'après Lenhoff (1), on peut, dans des hernies de la ligne blanche, rencontrer, pendant la toux, un phénomène qui ressemble extraordinairement au frémissement hydatique.

Langenbuch pense qu'on ne peut rencontrer le frémissement que dans un kyste hydatique intact et *tendu*, et qu'il est, de la sorte, pour le pronostic, assez important en faisant espérer un résultat heureux de l'opération. Mais cette opinion n'est pas correcte. Guéniot (2), par exemple, publia un fait de dystocie produite par un kyste hydatique de la cloison recto-vaginale. La tumeur était régulièrement sphérique, d'une consistance ferme, élastique, semblable à celle d'une vessie fortement distendue ; elle n'était ni douloureuse ni fluctuante. On fit la ponction de la tumeur, qui donna lieu à l'issue de 95 grammes d'un liquide incolore, clair comme de l'eau de roche. Ce dernier cessant de couler, quoique la tumeur n'eût diminué que d'environ le tiers de son volume, Guéniot voulut en rechercher la cause et fut, en ce moment seulement, frappé d'un frémissement hydatique très accusé.

Saritcheff (3) a observé le frémissement hydatique dans un cas de kystes hydatiques multiples du foie, qui contenaient une matière de la consistance d'une bouillie, formée par de a fibrine et du pus.

8° Pour rendre le diagnostic sûr, on pratique bien souvent une **ponction exploratrice.**

Harley (4) l'a recommandé d'une manière bien chaude ; il la faisait avec un trocart fin.

G. Dieulafoy (5) a recommandé la *ponction exploratrice* comme très importante pour le diagnostic d'un kyste hyda-

---

(1) Ueber ein dem Hydatidenschwirren ähnliches Spritzphänomen bei Hernien der Linea alba. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1894, p. 715.

(2) *Der Leberechinococcus und seine Chirurgie*, Stuttgart, 1890, F. Enke, édit., p. 53.

(3) Voir l'observ. VIII.

(4) Cité par Alexinsky, p. 160.

(5) *Loc. cit.*, p. 404.

(6) *a*) *De la ponction aspiratrice appliquée au diagnostic des kystes hydatiques du foie*, Paris, 1872.

tique. Dujardin-Beaumetz (1) et Davaine (2) ont accepté son opinion.

« La ponction exploratrice, dit Neisser (3), a une importance inappréciable et doit précéder chaque opération. Cela doit devenir la règle, d'autant plus que, même ceux qui excellent le plus dans le diagnostic des tumeurs abdominales ont été mis, ne l'ayant pas pratiquée, en erreur évitable tout de suite par une simple ponction exploratrice. Spiegelberg, Baum, Esmarch, Smith, Spencer Wells ont voulu pratiquer une ovariotomie et, à leur surprise, ont trouvé un kyste hydatique. Et une telle ponction est comme inoffensive à l'aide d'une aiguille fine. »

Landau (4) et beaucoup d'autres se prononcent là-dessus de la même manière.

Pour pouvoir préciser la valeur de la ponction exploratrice dans le diagnostic des kystes hydatiques, il faut constater d'abord :

a) *Est-ce que la ponction exploratrice peut rendre sûr le diagnostic d'un kyste hydatique ?*

b) *Est-il vrai qu'elle soit inoffensive ?*

Ad a) Il faut constater, en effet, que la ponction exploratrice, dans beaucoup de cas, n'a point affirmé le diagnostic d'un kyste hydatique, ce qu'avouent d'ailleurs Landau et Neisser mêmes, bien qu'ils la recommandent vivement. « La ponction exploratrice ne donne parfois, à dire vrai, non seulement aucun renseignement, mais elle induit aussi en erreur », dit Neisser.

En effet, la ponction exploratrice ne rend le diagnostic précis que dans un petit nombre de cas, c'est-à-dire lorsqu'on

---

(*b*) *Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration*, Paris, in-8°, 1872.

(1) De la valeur de la ponction aspiratrice dans le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques. *Bulletin génér. de thér. méd. et chir.*, t. LXXXIV, 1873, p. 97.

(2) *Loc. cit.*, p. 401.

(3) *Loc. cit.*, pp. 49-51.

(4) *Loc. cit.*, p. 875.

trouve, dans le contenu du kyste, retiré à l'aide de la ponction, ou bien des crochets ou bien des fragments de la membrane hydatique. Un liquide clair comme de l'eau de roche, du poids spécifique 1.009-1.012, dépourvu d'albumine, riche en chlorure de sodium, contenant des traces d'acide succinique, du sucre, etc., est loin d'être absolument caractéristique pour un kyste hydatique.

On peut rencontrer le même liquide, dit Landau, dans une hydronéphrose ou dans un kyste du ligament large. D'après le traité de Allbut (1), le liquide retiré d'une hydronéphrose est quelquefois identique à celui retiré d'un kyste hydatique du rein, de sorte qu'il est impossible d'établir, en tel cas, un diagnostic différentiel. L'observation de Muxel (2) est bien intéressante à cet égard. En présumant un kyste de l'ovaire, Muxel fit une laparotomie et trouva un kyste rétropéritonéal. La ponction du kyste donna lieu à l'issue de quatre litres d'un liquide clair, jaune citron, d'une réaction neutre, dépourvu d'albumine, contenant des urates. C'est pourquoi il présumait une hydronéphrose ; suture de la paroi abdominale. Le kyste se remplit bientôt. On fit une nouvelle ponction et on trouva, dans le liquide, des crochets. On diagnostiqua un kyste hydatique du rein droit ou du tissu périrénal et, à l'autopsie, on trouva un kyste hydatique de la capsule fibreuse du rein. Graham (3) fait mention qu'il ne put pas, dans le cas d'un volumineux kyste parovarien, distinguer le liquide de celui d'un kyste hydatique. Dans l'observation publiée par Serejnikoff (4), une tumeur abdominale présentait une sensation identique au frémissement hydatique. On fit la ponction exploratrice trois fois sans pouvoir établir un diagnostic précis. Le professeur Ott diagnostiqua ou bien un kyste multiloculaire de l'ovaire ou bien un kyste hydatique et trouva, à l'opération, un kyste multiloculaire prove-

(1) *System of medicine*, vol. II, p. 1136.
(2) *Centralblatt für Chirurgie*, 1879, p. 254.
(3) *Loc. cit.*, p. 75.
(4) *Loc. cit.*

nant, le plus probablement, des restes des conduits de Müller.

Madeschdin (1) a réuni 269 cas de kystes hydatiques observés en Russie. On fit la ponction exploratrice dans 87 cas; mais on ne trouva des éléments caractéristiques pour l'échinocoque que dans 24 cas, c'est-à-dire 27,6 p. 100 seulement.

Il faut remarquer que, dans les cas où l'on ne peut pas retirer du liquide d'une tumeur douteuse, on doit examiner la canule; elle peut être obstruée par des fragments de la membrane hydatique, ou par de petites vésicules hydatiques, ou bien par une matière pulpeuse dans laquelle on peut trouver des crochets. Il en était ainsi, par exemple, dans le cas de Cassanova et Poulet (opération pendant la grossesse, voir l'observation VIIe) et dans celui de Guéniot (voir l'observation VIIIe de la dystocie).

Lorsque les parois du kyste hydatique sont épaisses, dures, incrustées, ou lorsque le kyste ne contient que des vésicules hydatiques ou lorsqu'il est situé profondément dans le parenchyme du foie, il est possible que la ponction exploratrice ait un résultat négatif. Graham (2) signale trois observations concernant les kystes hydatiques superficiels. Fitz Gerald (3) fait mention d'un kyste situé profondément dans le parenchyme du foie. Ponction exploratrice sans résultat. Mort. A l'autopsie, on trouva que l'aiguille ne pénétrait qu'à travers la capsule fibreuse du kyste; la membrane hydatique, d'ailleurs absolument intacte, a été séparée de sa capsule fibreuse. Une hémorragie a eu lieu entre ces deux membranes séparées. Spiegelberg (4) a observé une tumeur abdominale dont le diagnostic était douteux. Une ponction exploratrice donna lieu à l'issue du pus. Spiegelberg présumait, le plus probablement, un kyste du ligament large

(1) *Loc. cit.*, p. 96.

(2) *Loc. cit.*, p. 70.

(3) *Intercolonial medical congress of Australasia. Transactions of second session.* Melbourne, 1889, p. 394.

(4) Beitrage zur diagnostischen Punction bei abdominellen Flüssigkeitsansammlungen. *Archiv. für Gynækologie*, 1872, vol. III, n° 2.

gauche et trouva, à l'opération, un kyste hydatique rétropéritonéal. L'aiguille ne pouvait pas pénétrer jusque dans la vésicule hydatique, celle-ci étant séparée de sa capsule fibreuse par une collection du pus. Gallard (1) pénétra à une profondeur de cinq centimètres dans le parenchyme du foie. Ne voyant s'écouler que du sang, il soupçonna un cancer du foie. A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique du foie; quelques millimètres seulement ont suffi pour pouvoir pénétrer jusque dans le kyste.

Nous voyons donc que le résultat négatif d'une ponction exploratrice ne peut pas encore permettre de nier la présence d'un kyste hydatique.

La ponction exploratrice n'est, à dire vrai, point inoffensive.

Elle peut être suivie d'accidents bien graves :

1° *De la suppuration du kyste.* — On la rencontre assez rarement, sans doute, quand on observe une asepsie rigoureuse. P. Delbet (2), cite une observation de Bazy, qui ponctionna, avec la plus grande précaution, un kyste hydatique et y injecta 40 grammes d'une solution de sublimé ; néanmoins, la suppuration y eut lieu ;

2° *D'une péritonite purulente*, lorsque le kyste est suppuré et lorsqu'il n'y a pas d'adhérences là où l'on ponctionne ;

3° *Des symptômes d'une intoxication aiguë et parfois aussi de la mort subite.* — On sait que le liquide hydatique est parfois éminemment toxique. Nous citons seulement les travaux de Moissenet (3), Mourson et Schlagdenhauffen (4), Debove (5), Achard (6), et les livres de Langenbuch et d'Alexisky,

(1) Cité par NEISSER, p. 51.

(2) *Bulletin et mém. de la Soc. de chirurg. de Paris*, 14 mars 1900, p. 307.

(3) De la ponction avec les trois-quarts capillaires appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie. *Archives génér. de méd.*, 5e sér., t. XIII, 1859, p. 144.

(4) *Loc. cit.*

(5) *a*) De la pathogénie de l'urticaire hydatique. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 19 décembre 1887.

(*b*) De l'intoxication hydatique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 9 mars 1888.

(6) De l'intoxication hydatique. *Archives génér. de méd.*, 1888, II, p. 410 et 572.

qui s'occupent avec détail de cette question. Alexisky (1) a réuni 137 cas dans lesquels on a trouvé des symptômes de l'intoxication hydatique ou après la ponction, ou bien après la rupture d'un kyste hydatique. Il cite 22 cas de mort subite après la ponction d'un kyste hydatique du foie ou de la rate. Nous y ajoutons encore un cas observé par Graham (2) et 8 cas réunis par Gardner (3).

Le liquide hydatique peut s'écouler dans le péritoine au niveau de l'orifice créé par la canule. Cela peut avoir lieu aussi lorsqu'on ponctionne à l'aide d'une aiguille fine de la seringue de Pravaz. Lachmann (4) en signale 2 cas; König (5), aussi deux cas. Dans la clinique du professeur Bobroff, Alexisky (6) a plusieurs fois vu jaillir le liquide hydatique par jet d'une ouverture fine après avoir retiré l'aiguille exploratrice (Bobroff ne ponctionne que les kystes hydatiques mis à nu pendant une laparotomie). Roxanoff (d'après Alexisky) signale un fait semblable ; la tension dans le kyste était d'un tel degré que le liquide hydatique lui-même éleva le piston de la seringue de Pravaz et qu'il jaillit par jet après l'extraction de l'aiguille. Le même phénomène aurait été observé par Alexisky, Tchernoff, Zerenine, Krasnoff et d'autres.

Les éléments caractéristiques pour l'échinocoque n'étant pas trouvés dans le liquide retiré par une ponction exploratrice, *l'apparition de l'urticaire* pourrait révéler l'existence d'un kyste hydatique. A. Nutzennadel (7) dit : « Elle est pour l'échinocoque tellement caractéristique que, d'après l'opinion de Landau, qui n'a jamais vu l'urticaire après la ponction de

(1) *Loc. cit.*, pp. 172-191.
(2) *Loc. cit.*, p. 148.
(3) The surgical treatment of hydatid disease. *Intercolonial medical congress of Australia. Transactions of second session.* Melbourne, 1889, p. 346.
(4) *Loc. cit.*, p. 20, obs. IV et, p. 26, obs. XI.
(5) *Loc. cit.*, p. 14, obs. VI et obs. VII.
(6) *Loc. cit.*, p. 166.
(7) *Ueber die Schwierigkeiten welche die Diagnose des Leberechinococcus verursachen kann.* Inaug. Dissert., Iéna, 1889, p. 73.

100 autres tumeurs abdominales, l'apparition de l'urticaire après une ponction exploratrice prouve, avec une certaine probabilité, l'existence d'un kyste hydatique » ;

4° *De la dissémination de kystes hydatiques dans la cavité péritonéale*, prouvée par des observations cliniques de Hunter(1), Spencer Wells (2), Volkmann (3), Hueter, Potain (4), Havag (5), Bouilly (6), Michaux (7), Peyrot (8), Quénu (9), Routier (10), Broca (11), Tuffier (12), Krause (13), Lithozlay (14), Bobroff (15), Trinkler (16), Trofimoff (17) et beaucoup d'autres, et par les expériences de Lebedeff et Andreieff (18), Stadnicky (19), Alexinsky (20), Garre et Riemann (21).

En 1898, en même temps qu'Alexinsky et Riemann, nous nous sommes occupé de cette question dans l'institut de pathologie expérimentale de M. le professeur Spina. Nous avons expérimenté avec des scolex et des vésicules filles, que nous avons introduits dans la cavité péritonéale de six cochons d'Inde. Les scolex et les hydatides filles provenaient, dans la première série de nos expériences, d'un kyste hydatique du tissu cellulaire du bassin et ont été introduits dans le péritoine, aussitôt après l'incision du kyste; dans l'autre série, ils prove-

(1) *Medical and chirurgical Transactions*, 1793, J. I., p. 35.

(2) *On ovarian and uterine tumours, their diagnosis and treatement*, London, 1882, p. 117.

(3) *Verhandlungen des VI Congresses deutscher Gesellschaft für Chirurgie*, 1877, p. 97.

(4) *Gazette des hôpit.*, 1879.

(5) *Bulletins et mém. de la Soc. anatom. de Paris*, 1879, p. 622.

(6) *Bulletins et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 23 mai 1894, p. 452.

(7) *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1900, n° 9, 12.

(8) *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, 1888, n° 325.

(9) *Deutsche Zeitschrift für Chirurg.*, XXIII, 1886, p. 116.

(10) *Congrès de la Soc. de médecins russes*, 24 avr. 1896.

(11) *Revue de chirurgie*, 1894, p. 132.

(12) *La Chirurgie* (en russe), 1898, p. 578.

(13) *Vratch*, 1889, pp. 285 et 633 (en russe).

(14) *De l'implantation des vésicules hydatiques dans la cavité abdominale des lapins*, Thèse de Saint-Pétersbourg, 1890 (en russe).

(15) *Loc. cit.*, pp. 114-130.

(16) *Ueber die Keimzerstreuung des Echinococcus im Peritoneum*, Inaug. Dissert., Rostock, 1899.

naient d'un kyste hydatique du foie, et nous en avons expérimenté deux heures après l'opération du kyste ; pendant ces deux heures, le contenu du kyste a été gardé dans le thermostate, à une température de 37° centigrades, et, directement avant notre expérience, nous avons constaté, sous microscope, que les scolex étaient vivants. Un cochon d'Inde mourut l'autre jour ; chez un à qui nous avions injecté des scolex et du liquide hydatique, nous n'avons pu trouver rien dans le péritoine, après une période de quatre mois. Chez quatre autres animaux le résultat de notre expérience fut positif : nous avons pu constater, quatre mois après, que *les hydatides filles ont augmenté de volume et que ces hydatides de seconde génération ont produit de plus des hydatides de troisième génération ;*

5° *Des lésions traumatiques des vaisseaux importants ou de l'intestin.* — Thomas Bryant (1) a observé une mort subite, 5 minutes après avoir ponctionné un kyste hydatique du foie ; on trouva, à l'autopsie, que le trocart avait pénétré à travers une branche de la veine porte.

Bouchard (2), de même, a ponctioné une branche de la veine porte.

Schwartz (3) signale aussi une lésion traumatique d'un gros vaisseau : « Je fis la laparotomie et tombai sur un kyste hydatique avec une paroi hépatique très épaisse au-devant. Une ponction faite amena l'issue d'un jet de sang tel que j'eus peur d'avoir blessé un gros vaisseau. Je fis immédiatement le tamponnement et n'allai pas plus loin. » Pierre Delbet (4) ajoute : « Que serait-il arrivé, si M. Schwartz avait fait la ponction au travers de la paroi abdominale, au lieu de la faire après laparotomie ?

« Il n'aurait pas pu faire le tamponnement ; il est probable

(1) *Transactions of the clinical Society of London*, vol. XI, p. 230.

(2) *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*. Paris, 1877, p. 175 (Cité par LANGENBUCH).

(3) *Bulletins et mém. de la Soc. de chirurg. de Paris*, 1900, p. 197.

(4) *Ibidem*, p. 306.

qu'il n'aurait même pas soupçonné l'hémorragie, et peut-être le malade en serait mort. »

Dans l'observation de Fitz Gerald, déjà citée, l'hémorragie a eu lieu, après une ponction exploratrice sans résultat, entre la capsule fibreuse du kyste et la vésicule hydatique, séparées l'une de l'autre ; mort subite. Graham (1) a assisté à une opération d'un kyste hydatique du foie sur la capsule fibreuse duquel était un plexus vasculaire épais, avec une apparence variqueuse, de sorte qu'il aurait été impossible de ne pas le blesser au cours d'une ponction exploratrice.

Davaine (2) a examiné « un kyste hydatique considérable, à la surface interne duquel les vaisseaux étaient, en quelques points, très dilatés et entourés, en d'autres points, par de véritables ecchymoses ». Achard (3) cite que Dolbeau a démontré, par des injections, des vaisseaux dilatés à la surface de kystes hydatiques ; il cite, de plus, une observation de Gayet : mort après la rupture d'un tel vaisseau.

Une perforation du gros intestin, à la suite d'une ponction d'un kyste hydatique de la rate, a été observée par Frœlich (4) ; le kyste suppura et fut opéré plus tard avec succès.

Pierre Delbet (5) signale l'observation d'un kyste hydatique d'apparence superficielle, « dont les dispositions étaient telles que, si on avait fait la ponction, l'aiguille aurait traversé des anses intestinales adhérentes, avant d'entrer dans le kyste ».

L. Heusner (6) et Jules Bœckel (7) mentionnent aussi des faits semblables ; les deux fois il s'agissait d'un kyste hydatique du rein.

Gardner (8) eut un autre malheur au cours d'une ponction

(1) Exploratory poncture in hydatid cysts, with notes of a fatal case in multiple hydatids of the liver. *Australian medical Gazette*, vol. IX, 1890, p. 251.

(2) *Loc. cit.*, p. 372.

(3) *Loc. cit.*, p. 417.

(4) *Gazette hebdomad. de méd. et de chir.*, 1896, n° 29, p. 345.

(5) *Loc. cit.*

(6) *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1884, vol. X, p. 795.

(7) *Loc. cit.*, p. 11-12.

(8) Voir *Opérations pendant la grossesse*, observ. IX.

aspiratrice ; l'aiguille se cassa et tomba dans la cavité du kyste ; elle a été trouvée à l'opération du kyste, pratiquée dix jours plus tard. Gerster (1) cassa l'aiguille au cours de la ponction d'un kyste hydatique du rein droit aux parois incrustées.

D'après ce que nous venons d'exposer, *il faut condamner la ponction exploratrice comme moyen de diagnostic, celle-ci étant d'une valeur diagnostique assez douteuse et, de plus, pouvant être même dangereuse;*

9° **La laparotomie exploratrice** est le dernier et le meilleur refuge dans des cas douteux. Pratiquée avec une asepsie rigoureuse, elle est beaucoup moins dangereuse que ne l'est la ponction exploratrice et, d'autre part, elle donne une plus grande certitude pour le diagnostic. En pareil cas, la laparotomie exploratrice est, en même temps, le point de départ d'une intervention thérapeutique;

10° **L'ouverture d'un kyste hydatique et l'évacuation de vésicules filles, des fragments hydatiques ou des crochets**, par les voies naturelles ou par une ouverture accidentelle, rend le diagnostic d'un échinocoque absolument sûr. Il en était ainsi, par exemple, dans les observations de Krukenberg et de Gerster, déjà citées. Mais ce moyen de diagnostic n'est pas si fréquent et il ne peut pas encore, dans tous les cas, précisément indiquer le siège réel du kyste hydatique.

Le diagnostic d'une tumeur abdominale ou pelvienne devient plus facile lorsque l'opération d'un kyste hydatique a déjà précédé, comme c'était le cas dans l'observation de Boissard et Coudert et dans la nôtre.

VI

Pronostic.

La grossesse, l'accouchement, les suites de couches étant compliqués d'un kyste hydatique abdominal ou pelvien, le pronostic devient bien sérieux.

(1) *Ibidem*, observ. X.

La grossesse produit sur les kystes hydatiques, dans beaucoup de cas, une influence dévaforable : les kystes commencent à augmenter de volume; ils peuvent s'enflammer et devenir très douloureux; ils peuvent aussi suppurer, s'ouvrir et s'évacuer par les voies naturelles ou par une ouverture accidentelle. Deux fois on a observé une rupture d'un kyste hydatique du foie dans la cavité abdominale.

D'après l'expérience à l'heure actuelle, on ne peut pas prétendre que les kystes hydatiques exercent une influence bien marquée soit sur le cours de la grossesse, soit sur le développement du fœtus.

Pendant *le travail*, les kystes hydatiques abdominaux, et principalement les kystes hydatiques pelviens, deviennent bien souvent une cause de dystocie bien sérieuse menaçant la vie de la mère et de l'enfant. L'obstacle n'étant pas écarté, au cours d'un travail ou bientôt après, devient encore plus grand pendant des accouchements ultérieurs.

De 51 accouchements, 8 seulement (15,7 p. 100) se sont terminés spontanément, sans aucune intervention opératoire ; ces accouchements spontanés furent, pour la plupart, très pénibles et de longue durée. Les autres 43 accouchements exigèrent une intervention opératoire, soit sur le kyste, soit sur le fœtus, soit sur l'un et l'autre en même temps. Ces interventions opératoires ont été souvent bien difficiles.

L'obstacle n'étant pas écarté, les kystes sont comprimés; ils subissent des attritions, et on a aussi plusieurs fois observé une *rupture du kyste* soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit dans le tissu cellulaire du bassin, de la grande lèvre.

Sur 51 accouchements, l'*utérus s'est rompu* trois fois (6 p. 100), et deux fois il se produisit un *tympanisme utérin*.

Même après l'opération du kyste et l'oblitération de la poche fibreuse, on a observé des accouchements pénibles; la dystocie y fut causée par un rétrécissement cicatriciel.

La mortalité moyenne des enfants s'évalue à 62 *p.* 100 (61 p. 100 dans les cas de kyste unique, 63 p. 100 dans ceux de kystes multiples).

Pendant les *suites de couches*, les kystes hydatiques augmentent de volume, continuant leur accroissement, qui a commencé déjà au cours de la grossesse. Assez souvent, il survient une inflammation autour du kyste, ou la suppuration, la putréfaction et l'ouverture du kyste. Le plus souvent, la suppuration et l'ouverture de kystes ont lieu à la suite des attritions supportées pendant le travail ou à la suite d'une ponction ; mais aussi les kystes absolument intacts peuvent subir ces altérations.

Les kystes hydatiques mettant obstacle à l'accouchement, les suites de couches furent, pour la plupart (78,6 p. 100), pathologiques, accompagnées généralement de maladies graves.

La mortalité moyenne des mères s'évalue à 30 p. 100. Elle monte à 50 p. 100 lorsque les kystes hydatiques *multiples* mettent obstacle à l'accouchement, tandis qu'elle ne fait que 15,8 p. 100 dans les cas de kyste *unique*.

VII

Traitement.

1° Au cours de la grossesse. — Eu égard à l'accroissement rapide de kystes hydatiques qui se rencontre bien souvent pendant une grossesse et qui peut gêner le développement normal de l'utérus, eu égard à cela que le kyste peut s'enflammer, suppurer, s'ouvrir, et, de plus, qu'il peut mettre plus tard un obstacle bien sérieux à l'accouchement, menaçant la vie de la mère et du fœtus, une intervention opératoire est non seulement autorisée, mais encore urgente.

Il y a trois procédés, qu'on pourrait suivre :

A) *Interrompre le cours de la grossesse.* — D'après l'expérience et les principes, à l'heure actuelle, il n'est pas permis, en tels cas, de pratiquer un *avortement artificiel*. D'autre part, l'*accouchement prématuré provoqué* ne donne aucun avantage

ni pour la mère ni pour le fœtus. L'obstacle mis par le kyste à l'accouchement n'étant pas considérable, même un *fœtus à terme* peut le franchir tout à fait heureusement sans aucune intervention opératoire sur le kyste, et, d'autre part, lorsque l'obstacle est plus grand, on ne peut pas sauver même un *fœtus avant terme* sans avoir pratiqué, préalablement, le refoulement ou l'opération du kyste. Nous avons vu que Boissard et Coudert ont été obligés d'opérer le kyste, bien que l'enfant ne pesât que 1.050 grammes, et dans l'observation de Ginxbourg il a fallu faire la perforation chez un *fœtus né six semaines avant terme ;*

B) *Le refoulement du kyste hydatique pelvien dans la cavité abdominale* ne réussit que bien rarement. Cette manœuvre ne pourrait être employée qu'à la fin de la grossesse, peu de temps avant le début du travail, comme l'a fait, par exemple, Granville dans son cas cité par Filt (voir obs. 53). Lorsque la grossesse n'est pas encore si avancée, il est plus convenable d'opérer le kyste, le danger n'étant pas encore écarté par le simple refoulement du kyste ;

C) Le meilleur procédé reste l'*opération du kyste*. D'après les expériences faites au cours des dernières années, la grossesse n'est pas une contre-indication d'une intervention opératoire urgente; on peut opérer dans le voisinage de l'utérus lui-même sans interruption de la grossesse. Si l'on opère à l'heure actuelle les kystes de l'ovaire au cours de la grossesse, on doit le faire encore plutôt dans les cas de kystes hydatiques abdominaux ou pelviens, ceux-ci étant une cause de dystocie encore plus sérieuse.

Les résultats des opérations de kystes hydatiques faites au cours de la grossesse sont assez favorables et encourageants, surtout dans les cas où l'on s'est servi d'une opération plus parfaite que ne l'est la ponction, soit simple, soit double, soit avec l'aspiration, soit avec la canule à demeure.

Nous ajoutons encore deux observations publiées au cours des derniers mois.

Obs. XXIII. — A. Doktor, *Centralblatt für Gynækol.*, 1902, 2 août, p. 833.

Age : 26 ans.

Grossesse actuelle : IVe, au 4e mois.

Siège et volume du kyste : kyste du volume d'une tête d'enfant, attaché par un pédicule épais et court à la paroi postérieure *du col de l'utérus.*

Opération : Incision large et évacuation du kyste à travers la paroi postérieure du vagin. Avant cette intervention on tentait deux fois l'opération de *Baccelli*, c'est-à-dire l'injection du sublimé dans l'intérieur du kyste.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Obs. XXIV. — P. Michin, *Journal d'obstétr. et des maladies des femmes* (en russe), 1902, avril, p. 426, obs. VIII.

Age : 27 ans.

Accouchements antérieurs : Tous normaux.

Grossesse actuelle : V^e, au 4e mois.

Siège et volume du kyste : Dans le *ligament large droit* ; un kyste du volume d'une tête d'homme.

Opération : Laparotomie sans l'indication de la méthode.

Cours de la grossesse après l'opération : Normal.

Résultat pour la mère : Guérison en trois semaines.

Remarque : On diagnostiqua un kyste de l'ovaire. A la fin de la dernière grossesse, il y a 16 mois, cette femme éprouvait de vives douleurs dans la région inguinale droite et, en même temps, elle y remarqua une petite tumeur. L'accroissement du kyste était donc bien rapide.

Y compris les deux opérations, que nous venons d'ajouter, la mortalité moyenne des femmes, à la suite de l'opération elle-même, s'évalue à 8,7 p. 100, et l'interruption de la grossesse à 9,5 p. 100. Les grossesses, en tant qu'on en fait mention, ont été terminées par des accouchements normaux.

De l'autre part, les kystes hydatiques étant la cause de la dystocie, la mortalité moyenne des mères s'évalue à 30 p. 100 et celle des enfants à 62 p. 100. Les suites de couches furent,

dans la plupart des cas (78,6 p. 100), pathologiqnes, accompagnées de maladies graves.

Une simple comparaison de ces chiffres montre d'une manière bien évidente que l'opération d'un kyste hydatique au cours de la grossesse est tout à fait autorisée et, de plus, urgente.

Le choix de l'opération dépend de cas particuliers.

L'électro-poncture et *la ponction*, soit simple, soit après une cautérisation antérieure (Récamier, Demarquay et d'autres), soit double (Simon), soit avec aspiration (Dieulafoy), soit à l'aide d'une canule à demeure, soit suivie d'une injection de différents liquides parasiticides dans l'intérieur du kyste (Boinet, Messnard, Baccelli, Debove, Bouilly et d'autres) sont, ou des opérations imparfaites, ou d'une longue durée, ou peu efficaces, parfois même dangereuses.

On aurait donc le choix entre les modes d'opération qui suivent :

a) *L'incision simple* du kyste hydatique, avec drainage de la poche fibreuse. Propre surtout pour les kystes hydatiques du tissu cellulaire du bassin, pour ceux des os du bassin, pour tels kystes des organes abdominaux et pelviens dont le revêtement péritonéal adhère largement et étroitement au péritoine pariétal, etc. ;

b) *L'incision en deux temps*, suivie du drainage de la poche fibreuse (Begin, Volkmann), est avantageuse dans les cas de kystes hydatiques abdominaux suppurés où les adhérences à la paroi abdominale ne sont qu'imparfaites ou bien n'existent point. A l'aide de cette opération, on peut, avec une beaucoup plus grande certitude, éviter l'infection du péritoine par du pus ;

c) *L'incision en un temps*, suture à la paroi abdominale et drainage du kyste — *marsupialisation* — (Lindemann, Landau, Lawson Tait, Sänger et d'autres), avec beaucoup de modifications, se pratique le plus souvent sur des kystes hydatiques intacts, à contenu clair, limpide, dont l'extirpation est impossible. Après la marsupialisation, le rétablissement est

lent, accompagné d'une suppuration prolongée ; parfois, la fistule ne se ferme que bien tard après l'opération, et il se produit souvent une éventration ;

d) *L'incision du kyste, l'ablation de la vésicule-mère suivie de la suture de la capsule fibreuse, sans drainage*, différemment modifiée (Thornton, Billroth, Bond, Bobroff, Posadas, P. Delbet), est préférée actuellement à la marsupialisation, le rétablissement étant plus rapide, plus parfait, et les soins donnés aux malades étant plus simples.

L'incision avec suture sans drainage est propre pour des kystes intacts, à contenu clair. Dans de tels cas elle donne des résultats excellents, comme le prouvent les faits réunis par Baraduc (1) et par Alexinsky (2);

e) *L'extirpation d'un kyste hydatique* constitue l'opération la plus parfaite, mais son champ est assez limité. Elle est propre surtout pour des kystes rattachés par un pédicule à un organe quelconque, sans adhérences ou avec des adhésions dont la séparation n'est pas difficile.

Parfois, on peut traiter, par ce procédé, aussi les kystes hydatiques développés dans un organe, par exemple dans l'épiploon, le rein, la rate, l'ovaire, en enlevant le kyste avec l'organe lui-même. L'organe étant plus important pour la vie, par exemple le rein, la rate, on ne peut songer à son ablation totale que dans les cas où il est complètement détruit par l'échinocoque, dépourvu de sa fonction, et lorsque cette opération est facile, sans un laborieux et dangereux détachement des adhésions. Dans la plupart de ces cas, c'est la marsupialisation ou l'incision avec suture sans drainage qui doivent être préférées.

Il faut remarquer ici que l'extirpation des kystes hydatiques a été sept fois pratiquée au cours de la grossesse et qu'elle a eu les meilleurs résultats : pas une seule des mères n'est morte,

---

(1) *Traitement des kystes hydatiques abdominaux*, Paris, 1898. Steinheil, édit.

(2) *Loc. cit.*, pp. 332-335.

et la grossesse continuait, chaque fois, son cours normal ;

f) *L'énucléation* d'un kyste hydatique constitue une opération d'exception n'étant praticable, en général, que bien rarement.

2° **Au cours du travail.** — Le traitement au cours du travail est influencé, d'une part, par le siège, le volume, le nombre et le contenu de kystes, parfois aussi par la consistance de la paroi kystique et, d'autre part, par le volume, par la présentation et la position du fœtus et par son état, c'est-à-dire s'il est vivant ou mort. Au cours du travail, il est, parfois, très difficile de préciser ces faits, surtout ceux qui concernent la tumeur ; nous rappelons le cas de *Sadler* seulement, où un kyste énorme du foie, descendant jusque dans le petit bassin, fut pris pour une exostose du sacrum.

Dans ce chapitre, nous ne pouvons pas nous occuper de toutes les particularités possibles ; nous nous contenterons d'indiquer seulement les principes de la conduite à tenir en présence de cette dystocie.

A. *L'enfant est vivant.* — Dans le cas seulement où le kyste, par son petit volume, ne met aucun obstacle sérieux à l'accouchement et s'il n'existe aucune autre irrégularité ni du côté de la mère ni du côté du fœtus, on peut attendre et abandonner l'accouchement aux seules forces de la nature, sans manipuler sur le kyste.

L'obstacle étant un peu plus considérable, il faut l'écarter. Nous avons vu qu'un accouchement spontané est bien rare et, généralement, très difficile, et que le résultat pour le fœtus est bien défavorable.

L'obstacle n'étant pas écarté, l'extraction du fœtus à l'aide de forceps ou à l'aide des mains est bien dangereuse ; la mortalité des enfants est à peu près de 50 p. 100 ; une fois, on a observé une rupture de l'utérus (*Küchenmeister-Winckel*) ; deux fois, une rupture du kyste (Porak, Doléris-Porak), et une fois, une procidence du kyste par une déchirure de la paroi vaginale (Pauls).

On peut écarter l'obstacle, soit par le *refoulement*, soit par la *ponction*, l'*incision*, l'*extirpation* du kyste.

La partie fœtale qui se présente n'étant pas trop engagée dans l'excavation pelvienne, et le kyste étant, au moins, un peu mobile, on doit tenter *le refoulement du kyste.* On réussit le mieux à faire le refoulement du kyste dans la *position genu-pectorale* ou dans la *position de Sims;* parfois, il est plus avantageux de recourir à la chloroformisation au cours de cette manœuvre. Il faut remarquer qu'on doit tenter la réduction avec beaucoup de précaution pour éviter la rupture du kyste. Il en faut d'autant plus que, dans tels cas, on ne peut réussir que bien rarement à refouler le kyste au-dessus du détroit supérieur. Nous avons donc constaté que ces kystes sont, à l'ordinaire, immobilisables, étant développés, ou dans le tissu cellulaire, ou dans les os du bassin, ou bien étant, dans les autres cas, étroitement fixés par des adhérences à leur voisinage. Meyer, Birnbaum, Pinard et Wiener, ont vainement tenté de refouler la tumeur, pour dégager l'excavation; Gemmel est le seul qui ait réussi à faire remonter dans l'abdomen un kyste hydatique de l'épiploon, situé dans l'excavation.

Après la réduction de la tumeur, on pourrait, selon les circonstances, ou attendre, en abandonnant l'accouchement aux seules forces de la nature, ou bien recourir à une opération obstétricale.

La ponction du kyste hydatique par la voie vaginale n'est pas avantageuse, pour les raisons qui suivent:

a) Lorsque le kyste contient des vésicules filles, on ne peut pas le faire diminuer, même par des ponctions répétées;

b) Un kyste ponctionné peut se remplir plus tard ; il peut aussi subir la suppuration ;

c) Le danger de la ponction et de l'incision par la voie vaginale est, au moins, le même; on peut prétendre plutôt que la ponction est plus dangereuse, ne pouvant pas être suffisamment contrôlée par l'œil et par le toucher.

La ponction du kyste par la voie rectale doit être complètement rejetée.

L'incision large du kyste par la voie vaginale, c'est l'opé-

ration de choix, dans la plupart des kystes hydatiques qui mettent obstacle à l'accouchement. Il faut la faire de bonne heure, pour éviter la rupture spontanée du kyste, ce qui arriva dans les cas de Gebhard, de Halldorsson, de Finsen. Au cours de cette opération, il faut procéder avec précaution et diviser une couche après l'autre, surtout dans les kystes situés un peu plus haut dans l'excavation. Lorsqu'on trouve que le kyste s'est développé extrapéritonéalement, — par exemple, dans le tissu cellulaire du bassin — ou que son pôle inférieur adhère étroitement et dans une grande étendue au péritoine du cul-de-sac de Douglas, on peut faire une incision large, sans hésiter. Ces adhésions étant faibles, insuffisantes, on doit recourir au procédé recommandé par *Fritsch* (1) dans les cas de dystocie produite par des kystes de l'ovaire irréductibles. Ce procédé consiste dans la suture de la paroi kystique tout autour de la plaie vaginale, suivie de l'incision et évacuation du kyste.

L'incision du kyste peut être suivie, soit du drainage de la poche, soit de l'extraction de la vésicule-mère avec suture de la poche fibreuse, sans drainage. Le premier procédé est applicable aux kystes suppurés, aux kystes à contenu louche dégénéré et aux kystes dont les parois sont incrustées. L'autre procédé pourrait être recommandé pour des kystes intacts, à contenu clair.

Il y a encore un procédé qui pourrait être employé après l'incision du cul-de-sac postérieur et après l'ouverture du péritoine, c'est-à-dire un procédé identique à l'ovariotomie vaginale. Lorsqu'on trouve qu'il n'y a pas d'adhésions autour du kyste ou que les adhésions sont faibles, faciles à séparer et que le kyste est pédiculé, on pourrait essayer l'ablation du *kyste par la voie vaginale*.

Il faut constater tout d'abord que cette opération ne pourrait être pratiquée que fort rarement. Elle aurait été

(1) *Klinik der Geburtshilflichen Operationen*, 4e édit., 1888, p. 218.

praticable, par exemple, dans l'observation de Gemmell en cas d'insuccès du refoulement du kyste.

Le bassin étant une fois désobstrué par un des procédés que nous venons d'indiquer, l'accouchement peut se terminer, suivant les cas, ou spontanément, ou par une intervention opératoire sur le fœtus.

En l'absence de toute autre dystocie maternelle et fœtale, l'*extraction* du fœtus, soit à l'aide du *forceps*, soit *manuelle* ne présente, à l'ordinaire, pas de difficultés, et l'accouchement peut se terminer heureusement en peu de temps.

L'opération césarienne est indiquée :

a) En présence d'un autre obstacle sérieux ou dans les parties osseuses (par exemple, un rétrécissement considérable du bassin), ou dans les parties molles du bassin, qui pourrait rendre l'accouchement bien difficile, même après le refoulement ou après l'opération du kyste hydatique ;

b) La dystocie étant produite par un kyste hydatique aux parois dures qui obstrue considérablement l'excavation, et dont la réduction ou l'ablation est impossible. Cela pourrait avoir lieu ou bien daus le cas de kystes hydatiques des os du bassin, la tuméfaction osseuse étant encore dure, n'ayant pas encore fait place, à la suite de la destruction de l'os, à une tumeur molle, ou bien dans les cas de kystes hydatiques se rapportant aux parties molles dont les parois sont dures, épaisses, envahies par des plaques crétacées ;

c) La dystocie étant produite par des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale et pelvienne, et l'obstacle ne pouvant pas être écarté, sans danger encore plus sérieux, par aucun procédé mentionné plus haut. L'opération césarienne y pourrait être suivie, selon les cas, ou de l'extirpation de kystes, ou de l'incision avec suture sans drainage, ou bien de l'incision avec drainage par la plaie abdominale ou vaginale.

La parturiente étant déjà infectée, c'est à la *crâniotomie* et à l'*embryotomie* qu'il faut avoir recours dans tous les cas de l'indication relative.

B. *L'enfant est mort.* — Lorsque le kyste hydatique ne cause aucun obstacle sérieux à l'accouchement, on pratique la *crâniotomie sans manipuler sur le kyste.*

Lorsque l'obstacle produit par le kyste est plus considérable, la craniotomie seule ne suffit plus : elle doit être précédée soit par le refoulement, soit par l'opération du kyste.

On ne doit recourir à l'*opération césarienne* que dans les cas de l'indication absolue.

3° **Dans les suites de couches.** — Quand même l'accouchement, compliqué d'un kyste hydatique, eût été terminé heureusement sans intervention quelconque sur le kyste, la femme n'a pas encore évité complètement le danger. Nous avons donc constaté que les suites de couches ont bien souvent une influence défavorable sur les kystes hydatiques. C'est pourquoi il faut, en pareils cas, surveiller la femme en couches avec beaucoup d'attention.

S'il n'y a, au cours de suites de couches, aucun symptôme inquiétant du côté de la tumeur, on doit attendre ; l'opération du kyste aura lieu un peu plus tard, après un rétablissement complet de la femme. Cependant, si le kyste prend un développement rapide, s'il y a à redouter l'inflammation, la suppuration, l'ouverture du kyste, il faut recourir de bonne heure à l'opération du kyste, sans avoir égard aux suites de couches. Le mode d'intervention variera suivant les cas.

Voici quelques observations d'opération du kyste hydatique au cours de suites de couches ou aussitôt après :

M. A. Freund (observ. XXI) ponctionna, au cours du travail, un kyste hydatique du *tissu cellulaire du bassin.* Suppuration du kyste ; incision le 8e jour, par le cul-de-sac postérieur du vagin. Rétablissement bien lent.

Schmidt (observ. XXV) a pratiqué, encore au cours des suites de couches, l'extirpation d'un kyste hydatique *rétropéritonéal en arrière de l'S iliaque.*

Opération très difficile à cause des adhérences nombreuses. Rétablissement.

Dans l'observation de Porak (observ. XVIII), le kyste hyda-

tique du *tissu cellulaire du bassin*, *à droite*, se rompit à la suite des tractions sur le forceps, et le liquide s'épancha dans le tissu cellulaire du bassin et dans celui de la grande lèvre droite. Ce fut, sans aucun doute, la cause d'un abcès pelvien et d'un abcès de la grande lèvre droite, qui se sont formés encore dans les suites de couches. Incision quelques jours après les suites de couches.

Rétablissement bien lent, après l'expulsion de la membrane hydatique par le rectum.

Gemmell (observ. XXXI) extirpa, aussitôt après les suites de couches, un kyste hydatique de l'*épiploon* et un kyste hydatique attaché sur la *paroi postérieure de l'utérus*. Rétablissement complet.

Tuffier (1) a opéré, par l'incision lombaire, un kyste hydatique *pararénal gauche*, quatre semaines après l'accouchement. Evacuation du contenu, suture de la poche sans drainage, après y avoir abandonné une certaine quantité de solution de sublimé. Rétablissement.

*
* *

Il nous reste un devoir bien doux à remplir, celui d'adresser nos vifs remerciements à notre maître, M. le docteur Pawlik, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à l'Université tchèque de Prague, qui nous a prodigué sa science et ses excellents conseils, au cours des années que nous avons eu le plaisir de passer dans ses cliniques. Nous serons toujours fier de nous dire son élève.

Nous remercions vivement M. le docteur Tédenat, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier, et M. le docteur Iónas Iónassen, landfysicus à Reykjavik, en Islande, de nous avoir communiqué, avec tant de bienveillance, les observations publiées dans notre travail.

---

(1) *Bulletins et mémoires de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1901, p. 668 séance 5 juin).

VIe CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL
DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

(*Rome, septembre 1902*).

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Les indications médicales à la provocation de l'accouchement.

Rapporteurs : MM. Pinard (Paris), Hofmeier (Würtzbourg), Rein (Saint-Pétersbourg), Schauta (Vienne) et Simpson (Edimbourg).

A. Pinard (Paris) (1).

M. Hofmeier (Würzbourg). — La seule question étudiée par M. Hofmeier est celle des indications à la provocation de l'accouchement en cas de néphrite. Voici les conclusions de son rapport :

« La *néphrite chronique* peut rester à l'état latent pendant des années, et ne se manifester qu'à la suite d'une grossesse, provoquant des troubles qui peuvent faire supposer une dégénérescence des reins causée par la grossesse elle-même.

Le danger d'éclampsie dans ces cas est presque nul ; par contre, les phénomènes généraux sont souvent très graves, et l'aggravation de la néphrite très prononcée ; en outre, dans un grand nombre de cas les fœtus succombent dans l'utérus.

Dans la néphrite chronique, il faut, dans l'intérêt de la mère, interrompre la grossesse, à n'importe quelle époque, toutes les fois que les troubles secondaires, malgré l'application du traitement spécial, au lieu de s'améliorer, deviennent plus inquiétants.

---

(1) Le rapport de M. Pinard a été publié *in extenso* dans le numéro de Septembre des *Annales de gynécologie et d'obstétrique*.

Dans le *rein gravidique*, où la grossesse, par un mécanisme que nous ne connaissons pas encore d'une manière bien déterminée, donne lieu à des altérations dans les reins, le danger d'éclampsie vient en première ligne, parce que la possibilité du passage à un état de néphrite chronique n'est pas encore démontrée d'une manière absolue.

Dans le *rein gravidique*, le danger d'éclampsie réclame l'interruption artificielle de la grossesse quand, malgré un traitement diététique convenable, les symptômes continuent à s'aggraver.

Dans la néphrite aiguë, qui diffère des deux lésions rénales précédentes surtout par l'instantanéité de son début, par la quantité de sang contenu dans l'urine et par la persistance des troubles après l'accouchement, le danger d'éclampsie est encore plus grand, mais elle peut guérir avec ou sans la mort du fœtus, et sans l'interruption de la grossesse. Dans ces cas, l'interruption artificielle de la grossesse n'a presque pas d'influence sur l'éloignement du danger d'éclampsie.

Dans la *néphrite aiguë* pendant la grossesse, la provocation de l'accouchement n'est pas indiquée, soit à cause de la possibilité de guérison, soit à cause du peu d'influence qu'elle est à même d'exercer sur le danger d'éclampsie. »

G. Rein (Saint-Pétersbourg). — « L'interruption artificielle de la grossesse comprend, comme on sait, l'avortement provoqué (avant la 28e semaine de la gestation), l'accouchement prématuré artificiel (entre la 28e et la 40e semaine) et l'accouchement provoqué vers la fin de la grossesse ou même après son terme naturel (*partus serotinus*).

Dans l'exposition qui suit, je me bornerai à la seconde catégorie de faits qui concernent l'interruption opératoire de la grossesse entre la 28e et la 40e semaine.

Mes conclusions seront basées essentiellement sur mes observations personnelles, prises à la clinique d'accouchements et de gynécologie de l'Université Impériale de Saint-Vladimir, à Kiew.

A cette clinique, qui ne dispose que d'un matériel restreint, l'opération de l'accouchement provoqué a été pratiquée 37 fois en l'espace de treize ans, de 1886 à 1899. Durant cette période de temps, le nombre total des accouchements a été de 2.690. L'opération dont il s'agit fut donc pratiquée dans 1,3 p. 100 des cas, soit 1 fois sur

72 femmes enceintes. Ce nombre relativement considérable d'accouchements provoqués tient certainement à ce que la plupart des malades en question, qui présentaient soit un bassin vicié, soit une affection cardiaque ou rénale. etc., furent admises à la clinique ou y avaient été envoyées par les médecins traitants dans le but spécial de l'interruption d'une grossesse dangereuse.

En ajoutant à ces 37 cas 4 autres faits du même genre qu'il m'a été donné d'observer récemment à la clinique d'accouchements de l'Académie Impériale militaire de médecine, à Saint-Pétersbourg, j'obtiens un nombre total de 41 observations personnelles d'accouchement provoqué. Bien que ces observations ne soient pas assez nombreuses pour m'autoriser à en tirer des conclusions statistiques générales, elles n'en méritent pas moins d'être analysées. Elles ont été, en effet, prises et décrites par mes élèves avec le plus grand soin; elles représentent un matériel scientifique homogène provenant d'un seul et même établissement clinique et comprenant une série assez longue d'années successives. Cela étant, j'ose espérer que ces faits pourront servir à compléter les travaux de mes distingués corapporteurs.

Voici d'abord quelles ont été les indications *obstétricales* de l'accouchement provoqué chez mes malades :

Bassin vicié . . , ...	25 fois
Grossesse extra-utérine (enfant vivant). .	2 »
Rétrécissement cicatriciel du vagin . . .	1 »
Mort habituelle du fœtus	1 »
Endométrite septique (gravidique) . . .	1 »
Total . .	30 cas.

Quelques cas de placenta prævia ont été exclus de cette statistique.

Quant aux indications *médicales* de l'accouchement provoqué, elles se sont présentées 11 fois ; il s'agissait 6 fois de néphrite, 4 fois d'éclampsie et 1 fois d'une affection cardiaque.

L'opération fut pratiquée chez 5 primipares et chez 6 multipares.

Plusieurs de ces femmes se trouvaient dans un état des plus graves. Une néphritique a présenté du décollement de la rétine Deux des éclamptiques étaient presque moribondes : chez l'une

d'elles la température pendant le travail était à 40°,5, et le pouls battait 180 fois par minute. Chez la cardiaque, les troubles de la compensation étaient des plus accusés.

Pour ce qui est de l'époque à laquelle il fut procédé à l'interruption de la grossesse, elle a varié entre la 31e et la 38e semaine de la gestation.

Le procédé opératoire dont nous nous sommes servis le plus souvent a consisté à introduire dans l'utérus une, deux ou trois bougies (méthode de Krause). Dans ces derniers temps, nous avons, en cas d'urgence, dilaté le segment inférieur avec des dilatateurs de Barnes et terminé l'accouchement, dans le cas de nécessité, soit par une application de forceps, soit par la version podalique suivie de l'extraction manuelle. Antérieurement, nous avions pratiqué une antisepsie rigoureuse; mais, au cours des dernières années, nous nous sommes bornés à la simple asepsie ou méthode de stérilisation.

Voyons maintenant quels ont été nos résultats tant au point de vue de l'enfant qu'à celui de la mère.

Pour l'enfant, les résultats ne paraissent pas brillants à première vue. En effet, sur les 11 femmes opérées, 7 seulement ont pu quitter la clinique avec leurs bébés vivants. Nous avons donc une mortalité infantile vraiment effrayante de 36 p. 100, chiffre qui est bien près de ceux d'*Ahlfeld* et d'autres accoucheurs (1), cités dans le *Traité d'obstétrique* d'Ahlfeld (seconde édition, 1898, p. 499). Dans ces statistiques, la mortalité infantile la plus faible (31,6 p. 100) appartient à Wyder ; la plus grande (50 p. 100) à Kehrer. D'après la nouvelle statistique de Kleinwächter (39,6 p. 100). (*Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft*, Wien, 1902, p. 38), la mortalité infantile, calculée d'après un grand nombre d'observations, est trouvée 39,4 p. 100.

Mais, si nous analysons notre mortalité infantile de 36 p. 100, nous constatons ce qui suit : dans un cas (obs. 35), chez une néphritique avec décollement rétinien, on a procédé à l'opération alors que l'enfant était déjà mort ; ce dernier fut même expulsé en état de macération évidente. Chez une autre femme, atteinte d'éclampsie grave, l'enfant a succombé au cours de l'accouchement,

(1) Kehrer (59 p. 100), Braun (38 p. 100), Pinard (38 p. 100), Léopold (33,4 p. 100), Peter Muller (31,6 p. 100), Wyder (43,6 p. 100).

la mère ayant présenté, comme il a été dit, une température de 40°,5 et un pouls battant 180 fois par minute ; l'enfant, déjà mort, fut extrait à l'aide du forceps. Enfin, dans un troisième cas, l'enfant, un monstre, faux hermaphrodite, n'était pas viable. Après élimination de ces 3 cas, il ne reste qu'un enfant dont la mort était due à une extraction manuelle laborieuse après version podalique suivant la méthode de Braxton-Hicks. Nous n'avons donc en réalité qu'une mortalité infantile de 9 p. 100, qu'on peut attribuer directement à l'opération de l'accouchement artificiel prématuré.

Je suis persuadé que, en analysant attentivement les chiffres statistiques des autres auteurs, on trouvera la mortalité infantile de l'accouchement provoqué bien inférieure à celle que l'on admet généralement. Pour ce qui me concerne en particulier, j'estime qu'il y aurait lieu d'envisager d'une façon plus favorable, pour l'enfant, le pronostic de l'accouchement provoqué, surtout avec nos procédés actuels d'asepsie. Ces procédés nous permettent, en effet, d'employer, dans un grand nombre de cas, des interventions opératoires d'une action lente et délicate, comme celle de Krause, réalisant ainsi la méthode d'expectation, comme dans un accouchement aseptique normal — en évitant de la sorte les opérations graves, telles que l'application du forceps, la version et l'extraction manuelle, qui assombrissent toujours le pronostic quant à l'enfant.

Je me permettrai de rappeler ici ce fait extrêmement important, établi dès 1891 (1) par les travaux de mes élèves à la clinique obstétricale de Kiew, à savoir qu'en employant la méthode de stérilisation, on peut laisser pendant plusieurs jours (jusqu'à 6 jours) des bougies dans la cavité utérine sans que ces bougies ni l'utérus lui-même perdent leur état stérile.

Je ferai observer aussi que, grâce à l'asepsie, nous pouvons, dans les cas urgents, avoir recours, sans inconvénients pour la mère, à des procédés plus actifs — à la métreuryse, par exemple. — Cependant, le pronostic devient alors moins favorable pour l'enfant. En pareille occurrence, alors que l'enfant est en danger, et que les parties molles du canal génital de la mère n'étant pas dilatées ou dilatables, les dimensions internes du bassin ne se trouvent pas proportionnées à la tête fœtale, on sera autorisé à pratiquer, plus

---

(1) *Comptes rendus de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Kiew.*

souvent qu'on n'a coutume de la faire, une opération césarienne sur des indications relatives. J'estime que cette façon de procéder est appelée à sauver, dans les cas d'éclampsie grave de la mère, un certain nombre d'enfants.

Aussi suis-je enclin à penser que la science et l'art de l'obstétrique moderne nous donnent toute possibilité de conserver la vie de l'enfant dans l'accouchement provoqué.

Mais ce n'est pas tout. Il nous faut encore assurer l'existence des petits êtres nés débiles et chétifs, parfois empoisonnés par le même poison qui intoxiquait leur mère éclamptique ou cardiaque. On peut dire que dans ces cas le pronostic pour les enfants dépend beaucoup de la bonne volonté, de l'énergie et de l'expérience de leurs parents ou des personnes chargées de soigner les petits malades. La construction des appareils pour l'élevage des enfants nés avant terme a fait de grands progrès ces dernières années, mais il reste encore beaucoup à perfectionner dans cette voie, ainsi que dans tout ce qui touche à l'alimentation et à la surveillance des nourrissons.

Mais j'ai hâte d'en arriver aux mères. Les résultats de l'accouchement provoqué dans mes observations sont des plus favorables pour la mère : toutes les mères ont pu être sauvées, et le processus morbide qui avait déterminé l'intervention opératoire s'est trouvé amélioré (chez la femme cardiaque et dans certains cas de néphrite), voire même guéri (éclampsie), La femme atteinte de décollement de la rétine, qui était devenue complètement aveugle, a récupéré la vue quelques jours après l'accouchement provoqué.

Notre statistique complète de 41 cas ne nous a donné qu'un cas de mort, chez une primipare cypho-scoliotique avec déformation énorme du thorax. Elle a succombé, au quatrième jour de ses couches, à une pneumonie fibrineuse, peut-être septique. La mortalité totale pour les mères a donc été de 2,4 p. 100.

En ce qui concerne la morbidité puerpérale, nous avons noté dans nos 11 cas d'accouchement provoqué sur des indications d'ordre médical, 2 fois seulement, soit dans 18,1 p. 100 des cas, un état infectieux léger sous forme de colpite ou d'endométrite septiques. Ces deux malades étaient des primipares ; l'une d'elles se trouvait atteinte de néphrite, l'autre était une cardiaque, âgée de 37 ans. Une troisième malade avait contracté une psychose puerpérale à la suite d'une éclampsie grave ; elle a guéri après un séjour de quel-

ques jours à la clinique psychiatrique. La morbidité puerpérale pour l'ensemble de nos 41 observations se monte à 12,8 p. 100.

Voici les conclusions que j'ai l'honneur de formuler en terminant mon rapport :

1. L'accouchement provoqué est une des opérations des plus sympathiques et des plus utiles en obstétrique ;

2. Elle donne des résultats favorables aussi bien pour l'enfant que pour la mère. La mortalité et la morbidité en connexion directe avec cette opération sont presque nulles ;

3. Les indications d'ordre médical les plus fréquentes de l'accouchement provoqué sont fournies par les affections rénales et cardiaques ;

4. En général, les indications médicales doivent être appliquées dans une plus large mesure qu'on ne l'a fait jusqu'ici ;

5. Dans l'éclampsie grave au cours de la grossesse, notamment chez les primipares, on est autorisé à substituer à l'accouchement provoqué l'opération césarienne, pratiquée sur des indications relatives.

M. Schauta (Vienne). — Voici les conclusions du rapport de M. Schauta :

« 1. *Polynévrite.*— Dans les formes graves de polynévrite chez les femmes enceintes, l'accouchement provoqué ou l'avortement sont justifiés dans l'intérêt de la mère.

2. *Chorée.* — Si la chorée est occasionnée par la grossesse, l'accouchement, surtout près du terme, exerce une influence si dangereuse que seulement à la dernière extrémité, lorsque la nutrition est devenue à peu près impossible, ou que des phénomènes d'agitation maniaque se sont manifestés, on aura recours en dernière ressource à l'accouchement provoqué. Dans les cas moins graves, on pourra interrompre la grossesse pendant les huit premiers mois, mais pas plus tard, en raison du danger que pourrait courir la vie de la mère. En général, la marche pendant les huit premiers jours est décisive.

3. *Tétanie.* — Seulement dans des cas très graves, dont on ne possède pas jusqu'ici des observations, on devrait interrompre la grossesse, dans l'intérêt de la mère.

4. *Tumeurs cérébrales.* — Si par suite d'une tumeur cérébrale la vie de la mère est décidément compromise, quand il y a perte de

connaissance, on devra provoquer la délivrance dans l'intérêt de la vie du fœtus. Si le pronostic était encore incertain, on ne provoquera pas l'accouchement pour ne pas aggraver l'état de la mère.

5. *Hémiplégie.* — Dès l'agonie on pourra provoquer la délivrance dans l'intérêt de la mère.

6. *Psychoses.* — La misère organique extrême et le danger de suicide peuvent seuls justifier l'interruption de la grossesse.

7. *Maladies de la moelle épinière.* — Elles ne donnent aucune indication pour l'interruption de la grossesse.

8. *Épilepsie.* — Seulement des cas très graves peuvent suggérer la provocation de la délivrance.

9. *Hystérie.*— Pour l'hystérie, il n'y a aucun avantage à attendre de l'interruption de la grossesse, bien plus une aggravation. Les troubles psychiques dans l'hystérie seront traités comme les autres troubles du même genre.

10. *Maladies des yeux.* — A l'exception de la rétinite albuminurique, qui est en rapport pathogénétique avec la néphrite, et à l'exception aussi de l'amaurose urémique, les maladies des yeux donnent rarement des indications pour l'interruption de la grossesse. Il en est de même des maladies de l'oreille.

11. *Maladies de la peau.* — Parmi les maladies de la peau capables de causer, pendant la grossesse, des troubles sérieux et persistants, et pour lesquelles on peut espérer la guérison ou l'amélioration après la délivrance, nous mentionnons le pityriasis versicolor, le prurigo, l'eczéma et le pemphigus, et surtout les formes herpétiques que Milton nomme *herpes gestationis*, à cause de leur fréquence pendant la grossesse. (Observations de Condio et Bossi.)

12. *Pneumonie et pleurésie.* — Il y a contre-indication à l'interruption artificielle de la grossesse.

13. *Tuberculose pulmonaire.* — Chez les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire, il n'y a aucun avantage à attendre de la délivrance provoquée en faveur de la mère; tandis qu'il peut être utile de provoquer l'avortement au début de la grossesse, surtout dans les cas de tuberculose du larynx.

14. Dans les cas moins graves, si la tuberculose fait des progrès rapides, l'interruption de la grossesse est indiquée même pendant les derniers mois, dans l'intérêt de la mère et du fœtus.

15. On ne doit pas, dans la pneumonie et la pleurésie, interrompre

la grossesse en faveur du fœtus, la vie de la mère étant plus à considérer que celle du fœtus.

16. Dans la tuberculose, rarement l'on obtiendra par l'accouchement provoqué un enfant viable.

17. Dans les cas désespérés de tuberculose, l'accouchement provoqué est indiqué dans l'intérêt du fœtus, dès qu'il est viable.

18. Si le danger de mort est imminent, il n'y a rien à espérer de l'accouchement provoqué pour la vie du fœtus.

19. *Tuberculose miliaire.* — On provoquera l'accouchement aussitôt que le fœtus est viable.

20. *Pneumothorax.* — L'interruption de la grossesse est contre-indiquée.

21. *Bronchite, emphysème pulmonaire et asthme.* — Ces maladies ne donnent aucune indication pour l'interruption de la grossesse.

22. *Maladies organiques du cœur.* — Un septième seulement des lésions valvulaires du cœur sont diagnostiquées pendant la grossesse.

23. L'interruption spontanée de la grossesse, chez les femmes atteintes de lésions cardiaques, a lieu dans la proportion de 20,2 p. 100.

24. Grâce à un traitement approprié, la plupart des femmes atteintes de lésions valvulaires endurent les fatigues de l'accouchement sans conséquences sérieuses (95 p. 100).

25. Si la lésion valvulaire se complique de tuberculose ou de néphrite chronique, le pronostic est très grave.

26. *Rétrécissement de l'orifice mitral.* — Cette lésion paraît être plus dangereuse que toutes les autres.

27. L'influence fâcheuse de la grossesse sur la marche de la lésion cardiaque ne se montre que dans des cas très rares.

28. *Lésions cardiaques pendant la période de compensation.* — Lorsqu'il y a compensation régulière, l'interruption de la grossesse est indiquée seulement dans le cas où la vie de la femme pendant une gestation précédente aurait été sérieusement en danger par la lésion organique.

30. Dans le rétrécissement de l'orifice mitral les moindres signes de rupture de la compensation suffisent pour justifier l'interruption de la grossesse.

31. *Lésions valvulaires non compensées.* — On interrompra la grossesse dans les cas où il faudrait trop attendre avant d'obtenir

une amélioration par le traitement médical. Autrement, on aura d'abord recours à la thérapeutique interne, afin de pouvoir ensuite interrompre la grossesse, aussitôt l'amélioration obtenue.

32. Les complications de tuberculose ou néphrite engagent à intervenir d'une façon plus énergique.

33. *Ptyalisme.*— Si, pendant la seconde moitié de la gestation, le ptyalisme ne cesse pas malgré le traitement des altérations éventuelles du côté de l'appareil génital, ou, lors même que ces altérations n'existent pas, la malade est très affaiblie, on pourra interrompre la grossesse dans l'intérêt de la mère.

34. *Hématémèse.* — En cas d'hématémèse très dangereuse, on peut interrompre la grossesse dans l'intérêt du fœtus. Mais nous n'avons pas d'observation sur ce sujet.

35. *Appendicite.* — Dans l'appendicite l'intervention chirurgicale s'impose, indépendamment de la grossesse, dès que l'on aura constaté la présence du pus.

36. Le traitement chirurgical est indiqué aussi dans l'appendicite catarrhale.

37. L'accouchement provoqué peut être conseillé seulement en cas d'inflammation catarrhale ; il doit être repoussé en cas de suppuration.

38. *Ictère.* — Dans l'ictère grave accompagné de symptômes menaçants : fièvre très élevée, purpura, foie diminué de volume, et surtout lorsqu'il se manifeste des troubles nerveux, on doit immédiatement interrompre la grossesse.

39. *Tumeurs du foie.* — Les tumeurs du foie peuvent amener une cachexie prononcée; de sorte qu'il faut interrompre la grossesse dans l'intérêt de la mère.

40. *Colique hépatique.* — Au lieu d'interrompre la grossesse, il faut, dans les cas plus graves, pratiquer la cholécystotomie.

41. *Péritonite.* — Dans la péritonite, à cause du voisinage du péritoine infecté et des blessures étendues amenées par l'accouchement, on ne doit pas avoir recours à la délivrance provoquée, pas même quand la fièvre est élevée.

42. *Hyperémésis.* — Aucune théorie ne peut s'adapter à tous les cas de vomissements de la grossesse. Pour beaucoup de cas, il existe sans doute des rapports avec l'hystérie, comme pour beaucoup d'autres il faut avoir recours à la théorie de l'intoxication (par la voie de l'intestin ou du placenta). L'anémie cérébrale peut

jouer aussi un grand rôle dans la provocation des vomissements.

43. Le pronostic des vomissements graves n'est pas aussi fâcheux qu'on le croit généralement.

44. L'accouchement artificiel est indiqué seulement dans les cas où tous les remèdes essayés à l'intérieur auraient échoué. Parmi ces remèdes, il y a d'abord l'isolement dans des établissements spéciaux, le repos absolu, et l'alimentation liquide en petite quantité et dans le décubitus horizontal.

45. *Albuminurie et néphrite.* — Si, malgré le régime lacté, il n'y a pas d'amélioration, il faut avoir recours à l'interruption de la grossesse.

46. Si l'albuminurie paraît déjà pendant la première moitié de la gestation, ou si la néphrite se produit avant même le huitième mois, il faut aussi intervenir dans l'intérêt de la mère.

47. Dans la néphrite chronique, on doit interrompre la grossesse dès que le fœtus est viable, ou lorsqu'il y a des troubles généraux graves.

48. Les femmes primipares, celles qui ont une grossesse double, ou des fonctions cardiaques peu résistantes ou avec tendance aux affections nerveuses, ou atteintes de maladies du poumon, ou surtout affectées par quelques lésions valvulaires du cœur, exigent un traitement très énergique, comme celles qui sont atteintes de néphrites chroniques.

49. *Éclampsie.* — On ne doit pas accorder une grande importance à l'apparition de la néphrite ou de l'éclampsie dans une grossesse précédente.

50. Dans l'éclampsie bénigne, il faut essayer avant tout le traitement thérapeutique avec la morphine et le régime lacté ; en cas de non réussite et si les attaques se renouvellent, ou que le coma survienne, il faut interrompre la grossesse.

51. *Amaurose et rétinite.* — L'amaurose exige un traitement médical énergique ; la rétinite demande l'interruption immédiate de la grossesse.

52. Dans le cas seulement de grande rigidité de l'orifice de la matrice, on remplacera la colpeuryse par les autres méthodes (opé ration césarienne, incisions d'après Dührssen).

53. L'accouchement forcé chez la femme mourante sera plus avantageux à la vie du fœtus que l'opération césarienne post mortem

54. *Hématurie et hémoglobinurie.* — Si ces deux symptômes proviennent de la néphrite, ils exigent le même traitement que celle-ci ; sinon, ils peuvent céder au repos et au régime lacté. En cas de non réussite et d'hémorragie abondante, il faudra avoir recours à l'interruption de la grossesse.

55. *Pyélonéphrite.* — Elle réclame aussi des remèdes internes ; mais s'ils venaient à échouer, il faudra, après le huitième mois, provoquer l'accouchement.

56. *Leucémie splénique.* — L'augmentation de travail, imposé pendant la grossesse aux organes générateurs du sang, favorise la tendance à la leucémie splénique.

57. L'accouchement hâte la mort.

58. *Anémie pernicieuse.* — Dans l'anémie pernicieuse, l'accouchement ne peut produire aucune amélioration dans la maladie ; il peut même hâter la mort.

59. *Hémophilie.* — L'hémophilie donne lieu à des hémorragies très abondantes après l'accouchement ; mais jusqu'ici on n'en a pas encore vu qui soient de danger imminent.

60. *Purpura et maladie de Werlhof.* — Leur pronostic pendant la grossesse est plus sérieux : ces deux affections peuvent amener l'accouchement précoce ou la mort du fœtus ; elles peuvent causer des hémorragies abondantes qui ne cessent qu'après la délivrance.

61. *Cachexie.* — Chez les femmes cachectiques, l'état de chloro-anémie augmente beaucoup avec la marche de la grossesse.

62. Dans les cas de gravité moyenne de leucémie splénique, il faut attendre que le fœtus soit viable.

63. Dans les cas très graves, on peut provoquer l'avortement.

64. Dans l'anémie pernicieuse, l'accouchement précoce est indiqué dans l'intérêt du fœtus.

65. L'hémophilie ne donne aucune indication pour l'interruption de la grossesse.

66. Dans les cas d'hémorragie abondante et d'anémie grave causées par le purpura ou le morbus maculosus, on doit interrompre la grossesse.

67. Les cas graves de cachexie exigent l'avortement provoqué ; les moins graves, l'accouchement provoqué.

68. *Maladie de Basedow.* — Elle se manifeste quelquefois dans le cours de la grossesse.

69. Les troubles sont augmentés pendant la grossesse à cause des obstacles dans la circulation et la respiration.

70. Les troubles de la circulation produits par la maladie de Basedow peuvent donner lieu à des hémorragies abondantes de l'utérus et au décollement du placenta suivi de la mort du fœtus.

71. Les troubles graves de l'état général et les métrorrhagies provoquées par la maladie de Basedow peuvent exiger l'interruption de la grossesse.

72. *Diabète.* — Le pronostic du diabète chez les femmes enceintes est grave (un quart des malades succombent).

73. Le fœtus aussi succombe dans la plupart des cas.

74. L'accouchement amène des complications graves.

75. Dans le diabète chez les femmes enceintes, il faut interrompre la grossesse dès les premiers mois ; de même aussi dans la seconde moitié, si la quantité de sucre dans l'urine est très élevée ; autrement, on attendra jusqu'à ce que le fœtus soit viable.

76. *Ostéomalacie de la grossesse.* — Dans les formes progressives, et surtout dans les récidives, si le bassin ne permet pas le passage d'un fœtus viable, l'interruption de la grossesse est indiquée comme traitement pour l'ostéomalacie. A moins qu'il y ait le désir d'avoir encore des enfants, dans l'ostéomalacie récidivante, on doit pratiquer la stérilisation, après les suites de couches, moyennant la résection des trompes.

77. Mais s'il s'agit d'ostéomalacie ovarique aggravée par la grossesse, dans la même circonstance, l'accouchement provoqué sera suivi, après les suites de couches, de la castration.

78. Dans le cas de rétrécissement pelvien grave ou absolu, si la maladie n'est pas trop grave, il faudra attendre le terme normal ; mais, dans les cas très graves, on provoquera l'accouchement, suivi de l'opération césarienne ; s'il s'agit d'ostéomalacie de la grossesse, l'accouchement sera suivi de la stérilisation ; s'il s'agit d'ostéomalacie ovarique, il sera suivi de la castration.

79. L'opération césarienne, accompagnée de la résection des trompes ou de la castration, peut, en certains cas, être remplacée par l'opération de Porro ou l'hystérectomie totale abdominale.

80. Si des troubles sérieux provoqués par l'ostéomalacie grave récidivante apparaissent dès le commencement de la grossesse, il peut être nécessaire, dès les premiers mois, de pratiquer l'extirpation de l'utérus à travers le vagin, ou l'hystérectomie abdominale, si l'opération par la voie du vagin est impossible.

81. *Fièvre typhoïde.* — L'interruption de la grossesse pourrait être de quelque avantage seulement dans les premiers jours de la maladie, autrement elle est contre-indiquée.

82. *Typhus exanthématique.* — Il ne donne aucune indication pour l'interruption de la grossesse.

83. *Rougeole.* — L'interruption de la grossesse est contre-indiquée.

84. *Variole.* — Dans les formes bénignes, l'interruption est inutile : dans les formes graves, elle ne produit aucun avantage pour la vie de la mère ; elle est toujours accompagnée du danger de l'infection septique ; si c'est pour sauver la vie du fœtus, l'interruption doit se pratiquer seulement dans les cas désespérés.

85. *Erysipèle.* — Il ne donne aucune indication pour l'accouchement provoqué.

86. *Dysenterie.* — Les mêmes indications que pour la fièvre typhoïde.

87. *Diphtérie.* — L'interruption de la grossesse est contre-indiquée à cause du danger de l'infection qui pourrait se manifester dans les suites de couches.

88. *Choléra.* — Il y a contre-indication pour l'accouchement provoqué.

89. *Malaria.* — L'interruption de la grossesse n'est pas nécessaire; mais, dans les formes de cachexie prononcée, elle peut être indiquée en faveur de la vie de la mère.

90. *Rage, morve et charbon.* — Ces maladies ne donnent aucune indication pour l'interruption de la grossesse.

91. *Influenza.* — Seulement des complications peuvent donner une indication pour l'interruption de la grossesse.

92. *Tétanos.* — Il y a contre-indication pour l'accouchement provoqué.

93. *Typhus recurrens, parotidite épidémique et coqueluche.* — Seulement dans les cas compliqués, il peut y avoir indication pour l'accouchement provoqué.

94. *Scarlatine.* — Il y a contre-indication pour l'interruption de la grossesse.

95. Dans toutes les maladies infectieuses, les hémorragies qui en dépendent peuvent exiger le tamponnement, qui, à son tour, peut produire indirectement l'interruption de la grossesse.

96. D'après ce que l'on vient de dire, il s'ensuit que la plupart

des maladies infectieuses ne donnent aucune indication pour l'interruption de la grossesse ; dans beaucoup de cas, il y a même contre-indication, à cause du danger d'aggraver par une infection septique l'état de la mère pendant les suites de couches ; pour certaines maladies infectieuses, ce n'est pas la maladie elle-même, mais plutôt ses complications qui peuvent suggérer l'interruption de la grossesse.

97. *Rhumatisme.* — Contre-indication à l'interruption de la grossesse, parce que le rhumatisme est plus dangereux pendant les suites de couches que pendant la grossesse.

98. *Empoisonnements.* — Dans les empoisonnements de morphine, de mercure et de plomb, l'interruption de la grossesse n'est pas indiquée, d'autant plus que l'avortement ou l'accouchement prématuré surviennent souvent à la suite de l'empoisonnement, et sans aucun traitement médical. Seulement pour l'intoxication de phosphore, les hémorragies abondantes de l'utérus peuvent réclamer le tamponnement, qui ainsi provoquerait d'une façon indirecte l'accouchement prématuré.

99. *Myomes, kystes, cancer de l'utérus.* — Dans la grossesse compliquée de ces tumeurs la provocation de l'avortement est inutile.

100. *Cancer susceptible de traitement chirurgical.* — Dans ce cas, on aura recours à l'extirpation totale de l'utérus, sans faire attention à la grossesse.

101. *Cancer qui ne peut être opéré.* — Dans ce cas, on pratiquera l'opération césarienne, de préférence, d'après la méthode de Porro, aussitôt le fœtus viable.

102. Dans les cas de tumeurs malignes du bassin qui n'intéressent pas les organes génitaux et qui sont susceptibles de traitement chirurgical, l'opération radicale sera précédée de l'interruption de la grossesse toutes les fois que la grossesse est un obstacle à l'opération, ou que l'accouchement peut compromettre la marche de la guérison.

103. *Goitre.* — Il y a indication pour la thyroïdectomie et contre-indication pour l'accouchement provoqué.

104. *Hypertrophie mammaire.* — L'interruption de la grossesse est rarement justifiée. »

R. Simpson (Édimbourg). — Le rapport de M. Simpson est divisé en trois parties. Dans la première, il expose un résumé his-

torique anglais de l'*accouchement provoqué;* dans la seconde, il étudie les indications médicales d'origine fœtale, et, dans la troisième, les indications d'origine maternelle.

Pour lui, les indications d'origine fœtale sont : *la mort habituelle du fœtus* et le *volume excessif et habituel de l'enfant.*

Quant aux indications d'origine maternelle, il les divise en deux catégories, suivant qu'il y a grossesse avec maladie préexistante ou intercurrente, ou suivant qu'il existe une maladie dépendant de la grossesse.

Dans la première catégorie, il étudie les indications fournies par les *maladies du système nerveux*, les *maladies du système circulatoire*, les *maladies du système respiratoire*, les *diverses maladies aiguës* et les *maladies de l'appareil génital.* Il admet l'indication de l'interruption de la grossesse dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Dans la seconde, il étudie les indications fournies par les vomissements incoercibles, l'hydramnios, les hémorragies placentaires et les néphrites gravidiques.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 10 mars 1902.

M. COUVELAIRE. — **Dégénérescence kystique congénitale des reins, du foie et du pancréas (étude histologique).** — M. Couvelaire donne les résultats de l'étude histologique des organes du fœtus présenté par lui à la séance du 14 janvier 1901, fœtus qui, par l'excès de volume de son ventre, avait été cause de dystocie. L'excès de volume tenait à la présence d'un énorme foie polykystique, renfermant 350 grammes de liquide légèrement coloré en vert. Les reins étaient polymicrokystiques. De nombreuses malformations (exencéphalie, achondroplasie, doigts et orteils surnuméraires, organes génitaux externes rudimentaires) accompagnaient la dégénérescence kystique des reins et du foie.

La dégénérescence kystique, macroscopiquement évidente au niveau du foie et des reins, a été retrouvée au niveau du pancréas, mais seulement à l'analyse microscopique, Le testicule, le thymus, le corps thyroïde ne présentent aucune altération.

Sur les *coupes histologiques du rein* les constatations suivantes ont été faites :

Les tubes rénaux sont pour la plupart ectasiés. Les dimensions des cavités kystiques que forment ces tubes ectasiés sont variables; elles ne dépassent pas 4 millimètres. Les cavités sont irrégulières. Leur paroi présente soit des diverticules latéraux s'enfonçant dans le tissu conjonctif environnant, soit des saillies papillaires endocavitaires à squelette conjonctif. Cette paroi est revêtue dans toute son étendue, aussi bien au niveau des diverticules latéraux que des saillies papillaires, par une couche unique d'épithélium cubique. Les cellules épithéliales ont un protoplasma peu dense et un noyau central prenant vivement les colorants nucléaires. Çà et là, dans

les zones corticales, sont dispersés en petit nombre des glomérules de structure normale. En aucun point, on ne trouve de coupes de tubes dont l'épithélium serait semblable ou analogue à celui des tubes contournés. Le tissu conjonctif au sein duquel baignent glomérules, tubes non dilatés, tubes ectasiés, est extraordinairement abondant. Ce luxuriant développement du tissu conjonctif est plus accusé dans les zones médullaires que dans les corticales. Il est légèrement œdémateux. Pauvre en fibrilles conjonctives, il est presque exclusivement constitué par de petites cellules fusiformes à petit noyau vivement coloré. C'est le type du tissu conjonctif fœtal jeune.

En résumé, ce qui caractérise anatomiquement ces reins polykystiques, c'est, d'une part, la prédominance de la néoformation conjonctive sur l'épithéliale; ce sont, d'autre part, les caractères de ce tissu conjonctif à type fœtal jeune.

Sur les coupes du foie, dans les travées de tissu vert olive séparant les grandes cavités kystiques, on retrouve les lésions histologiques qu'il est commun de rencontrer dans les gros foies scléreux, non kystiques à l'œil nu, des fœtus porteurs de reins polykystiques. Au niveau des espaces portes apparaissent, encastrées au sein d'un tissu conjonctif dense, fibrillaire, des cavités irrégulières qui représentent les canalicules biliaires ectasiés. Les diverticules latéraux, les saillies papillaires intra-canaliculaires de la paroi sont tapissées par une couche unique d'épithélium cubique. Le processus de sclérose est systématisé, il est péricanaliculaire. On le retrouve, avec son maximum d'intensité, autour des grandes cavités kystiques dont la paroi interne est tapissée par un épithélium plat sous-cubique.

Au niveau du pancréas, la même lésion se retrouve à la fois épithéliale et conjonctive. Cavités irrégulières, avec diverticules latéraux et saillies papillaires, tapissées par un épithélium cubique, entourées par une gaine de tissu conjonctif assez dense à type fibrillaire. L'élément glandulaire ne semble pas altéré.

M. PIERRE DELBET. — **Hématométrie et hématocolpos dans un cas de duplicité du canal génital.**

Il s'agit d'une femme de 29 ans. Réglée à 15 ans; les règles pendant deux ans furent régulières et indolentes.

A 17 ans elle commença à souffrir, surtout vers la fin de la période menstruelle. Les douleurs, d'abord supportables, crurent bientôt en intensité et en durée. Parais-

sant toujours à la fin de la période menstruelle, elles se prolongeaient pendant 4, 6, 10 jours. Elles siégeaient dans la partie droite du bas-ventre, s'irradiant dans la région lombo-sacrée.

A une époque que la malade ne peut préciser, une tumeur se développa, qui déformait le ventre et augmentait pendant les crises douloureuses pour diminuer légèrement après. Mais la diminution était moindre que l'accroissement, si bien qu'après chaque période menstruelle, elle restait plus volumineuse qu'auparavant.

En 1895, les douleurs acquirent une intensité extrême. La malade, affaiblie, obligée de garder le lit, se décida à entrer dans le service de M. Bouilly.

Le 15 *juillet* 1895, elle subit une laparotomie dont on constate les traces sans savoir exactement en quoi a consisté l'opération. A la suite de cette opération, la malade a conservé pendant un an une fistule par où s'échappait, au moment des règles, une assez grande quantité de sang.

Tant que persista cette soupape de sûreté, la malade ne ressentit aucune douleur. Mais, au bout d'un an, la fistule se ferma. Le cortège des symptômes déjà signalés reparut, et la malade entra le 3 décembre 1901 dans le service de M. Pierre Delbet, où les constatations suivantes furent faites : tumeur ovoïde, régulière, de consistance ferme, du volume d'un utérus gravide de 6 mois, située presque tout entière à droite de la ligne médiane. A gauche de cette tumeur, on en sent une autre qui a la forme, le volume et la consistance d'un utérus normal, mais d'un utérus qui aurait été élevé en masse au-dessus de son siège habituel.

Par le toucher, on constate que le vagin est complètement rempli par une tumeur volumineuse et semi-fluctuante. Il est difficile de glisser le doigt entre cette tumeur et la paroi vaginale. Du côté droit on est assez vite arrêté par une sorte de repli falciforme. Du côté gauche, en avant et en arrière, le doigt s'engage tout entier, et nulle part on ne sent nettement de col utérin.

M. Delbet pensa qu'il s'agissait de deux fibromes, l'un sous-péritonéal, développé sur la moitié droite de l'utérus, l'autre cavitaire accouché dans le vagin.

M. Delbet pratiqua la laparotomie le 10 décembre. Résection de l'ancienne cicatrice et ouverture de l'abdomen.

La tumeur inférieure, celle qui fait saillie dans le vagin, est très adhérente à la paroi dans la région où siégeait la fistule. La tumeur la plus élevée est recouverte par l'épiploon, qui est comme fusionné avec elle. Section de l'épiploon en assurant l'hémostase par une série de ligatures. On constate alors que la grosse tumeur abdominale présente absolument l'aspect d'un utérus gravide de 6 mois. Mais à sa gauche se trouve un utérus d'apparence normale qui n'entre en connexion avec elle que par son col. Les annexes gauches sont suspendues à la corne gauche de l'utérus gauche. Les annexes droites sont situées sur le point culminant de la tumeur droite, accolées contre elle par des adhérences lamelleuses, mais sans altérations. La trompe n'est pas distendue.

La tumeur inférieure, celle qui fait saillie dans le vagin, se continue avec la tumeur supérieure, mais par un isthme très rétréci, de sorte que l'ensemble a l'aspect d'une gourde de pèlerin. C'est à la sphère inférieure de cette gourde qu'est accolé le col de l'utérus gauche.

Croyant toujours que la tumeur inférieure est constituée par un fibrome cavitaire accouché dans le vagin, M. Delbet incise en arrière ce qu'il considérait comme le col, pour reconnaître les connexions de ce prétendu fibrome.

Après avoir sectionné une coque dure et épaisse d'un centimètre environ, il tombe dans une cavité d'où s'échappe une masse de liquide sirupeux et noirâtre, identique à celui qu'on trouve dans les hématocèles. Cette poche en contenait 1 litre au moins. Lorsqu'elle fut vidée, l'écoulement continua à se faire : la tumeur incisée communiquait avec la tumeur supérieure au niveau du goulot rétréci. Pour arrêter cette inondation fort gênante, une ligature fut placée sur

ce goulot, et M. Delbet put constater alors que l'intérieur de la poche ouverte était tapissé d'une muqueuse épaisse qui se plissait par suite de la rétraction de la poche.

Cette poche descendait presque jusqu'à la vulve. Dans sa partie supérieure, là où avait siégé l'ancienne fistule, elle était fusionnée avec la vessie.

M. Delbet enleva l'utérus gauche, la tumeur supérieure, constituée par le corps de l'utérus droit distendu et une partie de la tumeur inférieure.

Ce qui restait de la poche fut marsupialisé après cautérisation de la cavité pour détruire la muqueuse.

Les suites opératoires ont été très simples ; mais la poche marsupialisée ne s'atrophiant pas, M. Delbet fit, le 11 janvier 1902, la suture après avivement de la fistule abdominale et fistulisa la poche dans le vagin. Au cours de l'opération, il constata que la poche descendait dans la paroi droite du vagin presque jusqu'à l'anneau hyménéal.

L'opération a été suivie d'un plein succès.

Il ne s'agissait pas d'utérus bicorne. Il y avait bien réellement deux utérus.

Le rétrécissement très marqué qui séparait incomplètement les deux tumeurs est situé exactement au niveau de l'isthme de l'utérus gauche. Le col de cet utérus n'entre en connexion qu'avec la tumeur inférieure. Il ne paraît donc pas douteux que le rétrécissement soit bien dû à l'isthme de l'utérus droit. Or, la poche inférieure, qui contenait certainement 1 litre de sang, est bien considérable pour qu'on puisse admettre qu'elle se soit développée aux dépens du col seul. En outre, cette poche, très volumineuse, s'étendait très bas dans la paroi latérale du vagin principal presque jusqu'à la vulve. En outre, la poche était tapissée dans sa paroi inférieure d'une muqueuse épaisse formant des plis comme celle du vagin. M. Delbet croit être autorisé à conclure que la poche inférieure était constituée aux dépens du col et du vagin du côté droit, c'est-à-dire qu'il y avait hématomètre avec hématocolpos partiel.

A quel moment et par quel processus s'est oblitéré le canal utéro-vaginal droit de cet utérus didelphe ?

Les accidents n'ont pas débuté au moment de la menstruation. Pendant deux ans, les règles sont restées complètement indolentes. Si on admet l'atrésie primitive, il faut supposer, pour expliquer cette indolence, que l'utérus droit n'était le siège d'aucun écoulement menstruel, ou que cet écoulement était insuffisant pour distendre l'organe, hypothèse difficile à accepter, puisque la trompe et l'ovaire droits sont bien développés. Aussi M. Delbet est-il tenté d'admettre que l'occlusion s'est faite vers l'âge de 17 ans.

Quant au mécanisme de l'occlusion, il est aussi obscur dans ce cas-là que dans les autres.

La plupart des auteurs attribuent les douleurs de l'hématomètre à la distension de l'utérus. Quelques-uns pensent qu'elles sont dues à l'issue du sang par la trompe dans le péritoine. M. Delbet est pour son cas de l'avis des premiers.

N'ayant pas fait le diagnostic, M. Delbet n'a pu, au cours de l'intervention opératoire, qu'obéir aux indications à mesure qu'elles ont surgi. Le résultat est bon ; aurait-il pu être meilleur ?

M. Delbet fait l'exposé critique des modes de traitement employés contre ces accidents.

La simple ponction par le vagin est insuffisante et dangereuse.

L'incision vaginale n'a pas l'inconvénient d'être insuffisante, lorsqu'on prend soin de suturer la muqueuse de la poche à celle du vagin pour assurer la permanence de l'orifice. Mais la poche ouverte peut s'infecter, l'hématomètre se transformer en pyomètre. La crainte de l'infection n'est plus à l'heure actuelle à prendre en grande considération. Le danger est ailleurs. Dans bien des cas, il existe un hématosalpinx en même temps qu'un hématomètre, et, cliniquement, il est bien difficile d'en déterminer l'existence. La ponction peut en déterminer la rupture. Dans sa thèse, soutenue à Leipzig en 1899, von See a fait un relevé de 112 ponctions ayant entraîné 35 décès dont la moitié ont été causés d'une façon certaine par la rupture d'hématosalpinx (1). Pour ces raisons, M. Delbet n'est guère partisan de la fistulisation vaginale.

La castration a été employée.

On pourrait croire que, dans les cas d'utérus didelphe, il suffit de faire la castration du côté où se produit la rétention. Il n'en est rien. Dans un cas de Lœhlein, la castration unilatérale, n'a pas empêché l'hémorragie de se produire dans la poche utérine supplémentaire. C'est donc à la castration double qu'il faudrait recourir.

Dans le cas de M. Delbet, on n'aurait pu y songer, car la nécessité d'agir directement sur les énormes tumeurs, au moins pour les vider, s'imposait impérieusement.

L'opération idéale, en cas d'hématométrie unilatérale dans un utérus didelphe, est celle qui consiste à enlever l'utérus distendu

(1) Il s'agit, dans cette statistique, de rétention dans des utérus uniques et non dans des utérus didelphes.

en conservant l'autre. Cette opération a été pratiquée avec succès par Jaquet, Staude, Frendenberg, Gross.

Ici, l'ablation de la totalité des deux tumeurs aurait présenté des difficultés énormes en raison des adhérences dues à la première laparotomie, en raison surtout de l'hématosalpinx. Mais on aurait pu enlever la moitié supérieure de la tumeur et fistuler la moitié inférieure en respectant l'utérus gauche et ses annexes.

M. Routier. — La crise douloureuse, à chaque époque menstruelle, a sa cause dans la rétention du sang menstruel dans la cavité close formée par l'hématomètre.

La malformation était congénitale; et, si les premières règles n'ont pas été douloureuses, c'est qu'à cette époque il n'y avait pas encore distension de la cavité close.

M. Routier n'est pas, en ce qui concerne la thérapeutique de l'hématomètre avec ou sans hématocolpos, opposé à la simple ouverture large par le vagin.

Il a eu à traiter une colpométrie en 1900, chez une jeune fille de dix-huit ans qui, très forte, très bien développée, n'avait jamais eu ses règles, mais qui, tous les mois, depuis un an et demi, avait eu des crises douloureuses mensuelles, à la suite desquelles s'était formée une tumeur qui remontait à l'ombilic et ressemblait à un utérus gravide.

La vulve, parfaitement conformée, était fermée par un hymen complet qui était de couleur bleuâtre et bombait sous l'influence des pressions exercées sur la tumeur abdominale. La perforation de l'hymen amena l'évacuation et la guérison.

M. Pinard se rallie à ce que dit M. Routier au sujet de l'interprétation des douleurs. Il a vu deux cas analogues à la clinique Baudelocque.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille qui avait vu grossir son ventre; l'entourage avait cru à une grossesse. Mais la vulve était imperforée, et l'incision évacua 3 litres de liquide sanguinolent. Après quoi, elle eut ses règles normales. Puis survint une grossesse, mais l'ouverture faite au bistouri ne pouvait plus admettre qu'une sonde cannelée. Elle accoucha cependant très bien.

Une autre fut amenée avec le diagnostic de travail ; on l'avait trouvée dans sa chambre souffrant du ventre augmenté de volume. On crut à une grossesse et à un début de travail. On constata

une tumeur du volume d'un utérus à terme. On vit à la vulve une tumeur bleuâtre ressemblant assez à une tête de fœtus. Il suffit d'inciser cette tumeur pour évacuer une certaine quantité de sang. A sa sortie, on ne constata aucune tumeur sur les côtés de l'utérus.

M. Pozzi. — La communication de M. Delbet soulève plusieurs questions intéressantes au point de vue de l'anatomie pathologique et des indications opératoires.

Il s'agit d'un *utérus didelphe avec vagin double, dont l'un borgne congénitalement.*

Ces cas sont plus rares que ceux où les deux vagins sont ouverts inférieurement, mais ils forment une variété bien connue. Le vagin borgne peut être pathologiquement distendu par du sang (hématocolpos) ou par du pus (pyocolpos).

L'oblitération du vagin est toujours primitive, congénitale.

Les douleurs sont dues à la distension de l'utérus et parfois des trompes par le sang menstruel. Il n'est pas besoin d'invoquer l'effusion du sang dans le péritoine. M. Pozzi ne l'a jamais observée dans les nombreux cas d'oblitération douloureuse des voies génitales, soit congénitales, soit acquises, qu'il a opérés. Il faut, du reste, remarquer que l'accumulation du sang est toujours moindre qu'elle ne devrait être logiquement, car elle est limitée par le seul fait de la réplétion des cavités et de la difficulté qui en résulte pour l'effusion du sang. L'hématosalpinx par rétention (après les oblitérations de l'utérus par les cautérisations exagérées) est souvent remarquablement peu accusé.

Le plan opératoire en pareil cas peut se résumer ainsi : ouverture large de la tumeur sanguine du vagin; résection des lambeaux exubérants de cette poche, de manière à constituer une seule cavité vaginale; détersion soigneuse de la cavité utérine avec des injections ; tamponnement de cette cavité pour la maintenir largement béante et assurer sa désinfection complète. Cette dilatation aurait encore pour but de provoquer l'évacuation spontanée du sang qui pourrait être contenu dans les trompes distendues. M. Pozzi croit, en effet, à la possibilité de ce reflux du sang dans l'utérus maintenu dilaté par le tamponnement.

Si l'on n'obtenait pas ainsi la disparition des lésions des trompes, on pourrait intervenir ultérieurement par la laparotomie et faire une opération très simplifiée.

M. Pierre Delbet. — L'évacuation des collections salpingiennes par l'utérus est en effet possible ; mais il y a dans la thèse de Gross une statistique qui, pour 112 cas donnés d'hématométrie traités par l'évacuation, donne 15 p. 100 de morts par rupture d'un hématosalpinx concomitant.

Il faudrait analyser ces cas, et on y verrait que, généralement, l'évacuation des collections n'avait pas été faite hardiment, ni suivie de désinfection, en sorte que la rupture des trompes dilatées peut souvent être due à l'infection ascendante de leur contenu.

MM. Porak et Katz. — **Péritonite généralisée aiguë au cours d'une grossesse.**

Il s'agit d'une femme de 37 ans, primipare, entrée à la Maternité le 18 janvier 1902.

Comme antécédents personnels, il faut noter une *néphrite aiguë intense* à vingt ans. La malade a eu de temps en temps des crises douloureuses dans les lombes, avec oligurie et albuminurie.

Réglée à 14 ans ; la menstruation est des plus régulières, mais la quantité de sang perdue est très minime.

Mariée à 22 ans, la malade est restée quinze ans sans avoir d'enfant.

Les dernières règles sont survenues vers le 26 avril 1901. La grossesse a évolué très normalement.

Le lundi 6 *janvier*, la malade se plaint *de douleurs abdominales* peu intenses, mais généralisées et constantes ; puis l'abdomen se *météorise.*

A partir du 8, l'*arrêt des gaz* et des matières est *absolu.*

Les jours suivants, l'état général s'aggrave progressivement ; la malade a des nausées fréquentes et vomit tout ce qu'elle prend ; c'est dans cet état qu'elle est amenée à la Maternité le dimanche 12 *janvier,* à 9 heures du soir.

A son entrée, la température est de 38° ; le pouls à 100, et il y a 35 respirations par minute. Signes généraux et locaux de péritonite généralisée dont l'origine n'apparaît pas cliniquement.

M. Porak décide de faire une laparotomie et, à 11 heures du soir, M. Marion procède à l'opération.

A l'ouverture du péritoine, issue de quelques grammes de liquide louche ; les anses de l'intestin grêle et le côlon sont excessivement distendues et très vascularisées, l'épiploon épais et très hyperémié aussi.

M. Marion se met en devoir de dévider systématiquement l'intestin à partir du cæcum, afin de passer en revue tout l'intestin. L'utérus, qui remonte jusqu'à 5 centimètres environ au-dessous de l'appendice xiphoïde, met un obstacle absolu à cette manœuvre.

Pour lever cet obstacle, M. Marion fait, séance tenante, l'opération césarienne, extrait un enfant vivant de 3 kg. 350 et suture la paroi utérine.

Une exploration méthodique de l'intestin ne permet de trouver aucune trace d'occlusion. On réduit alors l'intestin et on suture la paroi abdominale.

Le lundi matin, 13 *janvier*, la température est de 38°,6, le pouls à 140 ; le nombre des respirations par minute est de 56.

La malade succombe le 14 janvier à 10 heures du matin.

A l'autopsie, péritonite généralisée.

Foie très gras, pesant 1.900 grammes. Rate petite, ferme.

Reins pâles, friables, présentant de nombreux infarctus.

Au niveau du corps de l'utérus, on constate la présence de deux fibromes : l'un, supérieur, le plus grand, situé sur la moitié gauche du fond de l'utérus, a 9 centimètres de long sur 6 centimètres de largeur ; il est séparé des fibres musculaires par une couche conjonctive qui permet facilement l'énucléation de la masse fibreuse ; l'autre fibrome est situé plus bas sur la ligne médiane.

En somme, l'origine de cette péritonite est restée absolument inconnue.

Suites de la discussion sur la communication de MM. Champetier de Ribes et Daniel, intitulée : **Occlusion intestinale apparue au début du travail.**

M. Porak rapporte ses observations personnelles.

La plus ancienne remonte à la fin de l'année 1899. Elle a d'ailleurs été présentée par M. Morestin à la Société de chirurgie, le 4 octobre 1899.

Il s'agissait d'une femme de 29 ans, qui avait souffert déjà en 1895 d'accidents péritonéaux graves, qu'on mit sur le compte de l'appendicite. Elle était alors soignée à l'hôpital Broussais. Elle ne fut pas opérée. L'année suivante, elle accoucha sans incident.

Le 24 août 1899, arrivée au terme de sa deuxième grossesse, elle entra à la Maternité. Elle présenta, au début de son travail, des accidents : albuminurie intense, céphalalgie violente depuis plusieurs jours, agitation, vomissements. On fit le diagnostic de prodromes d'éclampsie et on lui administra l'entéroclyse et l'injection hypodermique d'eau salée, suivant la coutume du service.

Elle accoucha 20 heures après le début des douleurs et 5 heures après son admission à l'hôpital : garçon de 3.000 grammes, vivant, et qui a survécu.

Mais, après l'accouchement, les vomissements persistent. Déjà, à ce moment, on constate à la partie supérieure de l'abdomen, à gauche de l'ombilic, une tumeur du volume d'une tête de fœtus, douloureuse, molle et sonore. On n'y attache d'ailleurs que peu d'importance, quoique, néanmoins, cette constatation ait engagé à faire des applications locales de glace. Pendant la nuit, les douleurs persistant, on remplaça les applications glacées par l'enveloppement de l'abdomen de compresses humides et chaudes.

Le lendemain, 26, l'abdomen était ballonné, surtout à gauche. Vomissements d'abord bilieux, puis fécaloïdes. Les lavements ne ramenaient ni fèces ni gaz. Le facies était péritonéal, le pouls rapide, la respiration précipitée ; pas de fièvre. M. Porak décida de faire pratiquer immédiatement la laparotomie. M. Morestin en fut chargé. L'instestin grêle, formant une masse très distendue, très vascularisée, tordue à la base, constituait un pédicule s'engageant à travers un orifice qui siégeait au niveau du mésentère.

Il existait déjà de la péritonite, reconnaissable à un léger épanchement sérosanguinolent et à quelques fausses membranes engluant les anses de l'intestin.

La levée de l'obstruction, la terminaison de l'opération furent suivies d'une amélioration rapide. Les garde-robes reprirent leur cours.

La malade quitta l'hôpital tout à fait remise, avec son enfant bien portant.

La seconde opération a eu malheureusement des suites funestes.

Femme de 34 ans, III-pare. Atteinte, il y a trois ans de pleurésie droite, elle présenta, au cours de la troisième grossesse, des signes manifestes de tuberculose pulmonaire gauche au premier degré.

Elle accoucha avant son terme : fille mort-née, pesant 2.300 grammes.

Pendant son accouchement, elle se plaignit vivement de malaises, de lypothimies. Sueurs froides, vomissements porracés, température à 37°, mais pouls à 136 et respiration assez rapide. Le facies commençait à se gripper.

Après l'accouchement, tendances syncopales, pouls filant et incomptable, endolorissement excessif de l'abdomen, avec météorisme énorme ; les lavements ne ramenaient ni matières ni gaz.

M. Porak diagnostiqua péritonite aiguë par obstruction probable, et décida de pratiquer la laparotomie.

M. Potocki opéra cette femme 4 heures après l'accouchement.

L'exploration de l'intestin permit de reconnaître une invagination d'une dizaine de centimètres d'intestin grêle, qui paraissait déjà sphacélé par places.

Pendant qu'on déroulait l'intestin, la malade succomba.

Dans ces cas d'occlusion intestinale, M. Porak est partisan de la laparotomie aussi précoce que possible. Mais, à côté de ces cas où le diagnostic s'impose, il en est d'autres beaucoup plus embarrassants, où l'on voit, à la suite de constipations opiniâtres, apparaître des symptômes graves qui finissent par céder aux moyens médicaux habituels.

M. Richelot. — Si, dans le cas rapporté par M. Lepage, M. Richelot n'a pas cru devoir intervenir, dans un autre cas de parésie intestinale simulant l'occlusion, il est intervenu sans d'ailleurs reconnaître de cause mécanique aux accidents d'occlusion.

Il s'agissait d'une primipare de 30 ans, enceinte de huit mois et demi, et présentant depuis 3 jours tous les signes d'une occlusion intestinale : douleur et anxiété extrêmes, ballonnement, vomissements bilieux, absence totale d'émission gazeuse. Pas d'élévation de température, pas de douleur nettement localisée. L'état général était tel que l'intervention parut urgente. M. Richelot fit, le 8 juillet, une incision latérale droite, pour trouver d'abord le cæcum et examiner l'appendice. Le cæcum et l'appendice sont intacts. L'intestin grêle est vide et rétracté; M. Richelot le dévide de bas en haut, rentrant le bout inférieur à mesure qu'une anse nouvelle vient au dehors. Toutes les anses sont libres, mobiles, flasques, décolorées et revenues sur elles-mêmes. A un

moment, M. Richelot s'arrête, quand le mésentère, faisant corde, oppose une résistance. Mais l'anse tenue sous les doigts devient rose, turgide, s'emplit de matières et de gaz. L'intestin retenu par quelque bride a-t-il été dégagé ? On ne peut l'affirmer. La circulation se rétablit de proche en proche dans la paroi intestinale; ce que voyant, M. Richelot dévide en sens inverse, attirant au dehors le bout inférieur, lui donnant le temps de se remplir des gaz et des matières qui lui viennent d'en haut, et, quand il est rose et turgide, le replonge dans l'abdomen; ainsi de suite jusqu'à la partie inférieure de l'intestin grêle. La paroi abdominale est refermée.

Le 10 juillet, la femme entre en travail. M. Baudron retire par la version un enfant mort. Le 12 seulement, un peu de matière intestinale est rendue, sous forme d'un long filament rubané, comme si la partie inférieure de l'intestin était toujours rétractée; le ballonnement est très diminué, et le ventre est souple. Le 13, une selle franche est obtenue, la guérison est acquise.

Il peut donc être difficile de distinguer, au cours de la grossesse, les accidents de parésie intestinales simulant l'occlusion, en particulier chez les arthritiques nerveuses; la malade, hémorrhoïdaire, souffrant de constipations prolongées, venait de se fracturer la jambe et était en état de choc inhibitoire.

Séance du 7 avril.

M. Varnier. — **Doit-on continuer à recommander l'emploi du lait stérilisé dans l'allaitement mixte et lors du sevrage des nourrissons parisiens?** (*Fin de la discussion.*) — M. Varnier résume le débat et constate que les deux questions qu'il avait posées à la Société sont toutes les deux résolues par l'affirmative.

Doit-on continuer à recommander l'emploi du lait stérilisé dans l'allaitement mixte des nourrissons parisiens? De l'avis de tous, il résulte qu'il n'y a aucun inconvénient et qu'il y a certains avantages à conseiller le lait stérilisé à 110°, dans l'industrie, comme complément de l'allaitement au sein. Personnellement, en dehors de la stérilisation plus parfaite, par tous reconnue, il trouve au lait stérilisé industriel deux grands avantages sur le lait quotidiennement stérilisé à domicile :

1° La suppression, hiver comme été, de tout intermédiaire fraudeur, entre l'industriel responsable et l'enfant consommateur;

2° La non-simultanéité des impressions fâcheuses, produites (particulièrement, mais non exclusivement en été) par les perturbations atmosphériques sur la vache, le lait et l'enfant.

La communication de M. Oui fait ressortir un troisième avantage du lait stérilisé industriellement en pays de pâturages sur le lait frais stérilisé par les procédés domestiques, dans les pays où les vaches sont nourries artificiellement avec des drêches, des résidus de brasserie ou de distillerie.

On ne saurait trop insister sur les dangers d'une stérilisation domestique tardive ou imparfaite, même en faisant abstraction des négligences, qui ne sont que trop fréquentes, des nourrices chargées de la stérilisation.

Doit-on continuer à recommander l'emploi du lait stérilisé lors du sevrage des nourrissons parisiens ?

A cette question, M. Guinon, qui, dans la discussion, s'est montré le plus sévère pour le lait stérilisé, répond qu'il « croit que ce lait, quand son emploi est prolongé longtemps sans association d'aliments naturels frais (pain, farines naturelles, pommes de terre, œufs), peut produire des troubles de développement ». Le terme au delà duquel l'usage du lait stérilisé industriel *employé seul* pourrait avoir des conséquences est, pour M. Guinon, dix-huit mois à deux ans.

C'est beaucoup plus que n'en demande M. Varnier, car, avec M. Pinard, il a toujours conseillé d'associer largement au lait stérilisé, dans le cours de la deuxième année, c'est-à-dire du petit sevrage : le pain, les farines naturelles, les œufs et le bouillon, que la mode a, elle aussi, condamnés on ne sait trop pourquoi.

Il va de soi que, tout comme le lait ordinaire, le lait stérilisé demande à être surveillé. Il est, en effet, certain que les laits stérilisés en usage diffèrent entre eux par plus d'un point, par la richesse en matières grasses, par exemple. L'écrémage partiel du lait stérilisé est plus fréquent qu'on ne croit : les industriels s'y laissent aller, peur rendre le lait plus agréable à » l'œil ». Or, les éleveurs attachent à cet écrémage, même partiel, une grande importance. La viande des veaux élevés au lait partiellement écrémé est, disent-ils, moins ferme, moins savoureuse que celle des veaux nourris au lait complet. Enfin, les adultérations produites postérieurement à la stérilisation ou par suite « de l'oubli » dans les flacons de formol ou d'acide borique, dont on se sert pour le « net-

toyage des flacons » peuvent être la cause de certains accidents aigus mis sur le compte du « lait stérilisé ». On peut, en pareil cas et c'est encore un avantage, remonter à la source et trouver les responsabilités.

M. Potocki. — **Sur une variété insolite de grossesse extra-utérine abdominale.** — Il s'agit d'une femme V-pare qui fut opérée en 1900 par M. Bazy. Elle subit une laparotomie suivie de l'ablation des annexes gauches et peu de temps après redevint enceinte. A l'époque du terme, elle présenta des phénomènes de faux travail, et, quinze jours environ après la mort du fœtus, elle fut examinée par M. Potocki, qui fit le diagnostic de grossesse ectopique et pratiqua la laparotomie : extraction d'un fœtus macéré de 2.850 grammes ; décollement facile du placenta (350 grammes) inséré sur la face postérieure de l'utérus. M. Potocki s'aperçut alors que cette paroi postérieure de l'utérus présentait un orifice de 1 centimètre et demi de largeur conduisant dans la cavité utérine. Il fit immédiatement l'hystérectomie abdominale. Guérison. M. Potocki présente cet utérus perforé et demande l'avis de ses collègues sur l'interprétation de la pièce.

Il donnera d'ailleurs ultérieurement une étude anatomique et histologique de cet utérus.

M. Doléris. — Peut-être s'agit-il d'un utérus gravide qui ne se sera développé qu'aux dépens de sa face postérieure, laquelle sera devenue très mince.

M. Doléris rappelle qu'il y a des exemples de ces espèces de hernies tuniquaires de l'utérus. C'est dans cet ordre d'idées que Depaul avait imaginé son développement sacciforme de l'utérus gravide.

M. Pinard. — Il est certaines erreurs d'interprétation dont il est temps de faire justice. Les dilatations sacciformes de l'utérus sont de ce nombre. Le travail de Depaul a été fait à la suite d'une erreur de diagnostic très malheureuse. La femme dont il s'agissait et que M. Pinard a vue, étant alors chef de clinique de Depaul, avait un utérus maintenu en rétroflexion par des adhérences. A l'autopsie on ne constata rien qui pût justifier l'hypothèse d'une dilatation sacciforme.

M. Varnier. — L'anatomie pathologique de la grossesse extra-utérine doit être étudiée *in situ* et non sur des pièces fragmentaires séparées des organes voisins, plus ou moins mutilées. Contre la

prétendue dilatation sacciforme, M. Varnier rappelle l'observation qu'il a publiée avec M. Delbet en 1897. L'utérus, fixé en rétroflexion par un fibrome adhérent implanté sur la corne gauche, se développa en rétroflexion jusqu'à terme. La paroi antérieure et supérieure de cet utérus, conservé plein au musée de la clinique, a la même épaisseur que celle de la paroi postérieure. Rien ne rappelle, même de loin, les descriptions de Depaul. N'était la coudure du corps sur le col, l'utérus ressemble aux utérus gravides non rétrofléchis.

M. Doléris déclare n'avoir jamais vu personnellement de dilatation sacciforme. Il pense que. dans le cas de M. Potocki, il s'est peut-être produit une atrophie partielle de la paroi, peut-être par sclérose d'un vaisseau important. Dans ces conditions l'hypergenèse gravidique de l'utérus a pu se faire partout, excepté dans cet endroit, d'où la hernie supposée.

M. Doléris. — **Papillome endosalpingien.** — Il s'agit d'une tumeur très adhérente enlevée chirurgicalement. La coupe de la tumeur montre qu'il s'agit de la trompe, dont la cavité est en communication avec une cavité ovarienne pleine de papillomes.

M. Kirmisson. — **Rapport sur deux faits de malformation** présentés par M. Rudaux. — Il s'agissait, dans le premier cas, d'une encéphalocèle de la région frontale. L'enfant présentait au milieu de la région frontale une tumeur mollasse, recouverte de peau. La présence de cette tumeur a déterminé secondairement des malformations du côté de la face. C'est elle qui, pénétrant comme un coin sur la ligne médiane, a écarté l'une de l'autre les deux cavités orbitaires, a empêché la coalescence des deux narines et, troublant le développement de la lèvre supérieure, a déterminé la production d'une forme rare du bec-de-lièvre, le bec-de-lièvre médian.

Dans la seconde observation il s'agissait d'un anencéphale. De larges brides amniotiques venant s'insérer sur la région frontale, rendent compte des troubles graves existant dans le développement de l'extrémité céphalique.

La théorie ancienne, qui mettait les vices de conformation sous la dépendance de lésions primitives du système nerveux central, théorie défendue par Guérin, semble aujourd'hui reprendre faveur. C'est ainsi que certains auteurs mettent le pied bot sur le

compte d'altérations primitives de la moelle; de même, M. Lannelongue a soutenu que l'origine de la luxation congénitale de la hanche devait être cherchée également dans une lésion médullaire primitive. Qu'il y ait des pieds bots congénitaux et des luxations congénitales de la hanche qui coïncident avec des altérations médullaires, c'est ce qui ne saurait être nié, par exemple dans les cas de *spina bifida;* mais cela ne prouve pas que telle soit, dans tous les cas, l'origine de semblables malformations. M. Kirmisson, au contraire, est porté à admettre la théorie amniotique, qu'il s'agisse seulement d'étroitesse d'un des capuchons amniotiques enserrant telle ou telle partie du corps de l'embryon, ou bien, comme dans le cas actuel, d'adhérences amniotiques qui compriment, au point de les atrophier, les éléments embryonnaires, et donnent ainsi naissance à des vices de conformation variés.

M. Varnier. — **Corrections à l'embryotome-cisaille.** — Dans la séance du 8 juillet 1901, M. Varnier a fait part des observations que lui avait suggérées l'emploi de l'embryotome-cisaille d'Adamo, construit à Bordeaux, sur les indications de M. Fieux. Il a indiqué quelques corrections qu'il lui paraissait indispensable d'apporter à l'instrument avant de le vulgariser, savoir :

Allongement de 2 ou 3 centimètres, afin de donner au crochet la longueur de ceux de Pajot et de Ribemont ;

Abaissement d'autant du pivot, afin de rendre l'articulation plus facile sous le contrôle de l'œil et du doigt ;

Adjonction au manche du crochet d'une poignée assurant une prise solide pour la rotation;

Dispositif adapté à l'extrémité de la lame non coudée de la cisaille pour forcer le rapprochement des tranchants à la fin de la section et rendre celle-ci parfaite.

Ainsi modifié, l'embryotome-cisaille mesure 43 centimètres, dont 26 1/2 pour les manches et 16 1/2 pour les lames. Le crochet a 6 centimètres de saillie et s'écarte peu de l'angle droit.

Lorsque l'extrémité de la lame non coudée est engagée dans la rainure du crochet, les extrémités des manches sont écartées de 13 centimètres, tandis que les lames interceptent un triangle isocèle dont la base a 6 centimètres, les côtés 10, et la hauteur 10 et quelque chose, c'est-à-dire capable de loger avec ou sans compression le cou, le thorax ou l'abdomen d'un fœtus volumineux.

Le crochet de la cisaille ayant la même saillie que celui de l'embryotome de Pajot et de Ribemont, M. Varnier estime qu'il pourra être mis en place dans tous les cas justiciables de l'embryotomie à la ficelle, c'est-à-dire, non seulement dans les cas simples, mais dans la plupart des cas dits atypiques. Il en rapporte un qu'il a vu, il y a quelques semaines, à la clinique Baudelocque. Il a pu employer l'embryotome à crochet conducteur de ficelle de Ribemont, bien que l'attitude du fœtus eût été rendue tout à fait anormale par l'abaissement d'un pied au cours d'une tentative de version faite en ville. Le fœtus a été coupé à la base du thorax. Ce cas atypique était justiciable de l'emploi de l'embryotome-cisaille.

M. Pinard. — Dans les présentations de l'épaule, négligées quand l'embryotomie est facile, quand le fœtus est facilement accessible, tous les instruments sont bons. Dans les cas difficiles, au contraire, on pourra échouer avec les instruments les plus perfectionnés. Quand l'utérus est fortement rétracté et le fœtus volumineux, on peut être dans l'impossibilité d'introduire la main guide, et si l'on fait pénétrer l'instrument sans le guider, on s'expose à crever l'utérus. On sait, en effet, quelle est la minceur du segment inférieur.

Parmi les embryotomes en usage, ce sont les ciseaux de Dubois qui ont la préférence de M. Pinard. Dans le cas atypique que vient de rapporter M. Varnier, il aurait suffi de faire l'éviscération avec un simple bistouri et, après éviscération, de pratiquer la version forcée aux dépens du fœtus. Cette intervention n'offre aucun danger pour la mère.

M. Champetier de Ribes partage la manière de voir de M. Pinard. Il conseille de recourir aux ciseaux chaque fois que le cas est difficile.

M. Varnier. — Toutes les embryotomies, sauf une, où il a employé l'embryotome-cisaille, aussi à crochet, que M. Varnier a pratiquées jusqu'ici, il a pu les faire à la ficelle avec le crochet conducteur de Ribemont. Il ne connaît pas d'observation de perforation de l'utérus produite avec l'embryotome de Ribemont.

Il est d'accord avec M. Pinard en ce sens que, s'il rencontrait un cas où l'embryotomie à la ficelle, qu'il juge plus rapide et plus élégante que l'éviscération, ne lui paraîtrait pas devoir être facile et sans danger, il renoncerait à l'embryotomie rachidienne pour recourir à l'éviscération, soit aux ciseaux, soit au couteau.

M. Varnier. — **Présentation du portrait peint par J.-M. Nattier (et qu'on croyait perdu) de de Lépine, organisateur, en 1745, des cours universitaires à l'usage des sages-femmes.**

Séance du 12 mai 1902.

M. Delagenière (du Mans). — **Deux observations de grossesse tubo-utérine ou interstitielle.**

Obs. 1. — Femme de 36 ans. A 21 ans, avortement. Suites de couches pathologiques ; à 34 ans, accouchement prématuré d'un enfant vivant.

En septembre 1900, les règles disparaissent. D'octobre à janvier, douleurs abdominales et hémorragies utérines. Fièvre.

On sent à gauche une grosse tuméfaction refoulant l'utérus à droite.

Laparotomie le 15 janvier. Une poche hémato-purulente est ponctionnée ; ses connexions avec l'utérus rendent l'hystérectomie abdominale indispensable Guérison.

La poche hématique, suppurée, renfermant des débris placentaires, est située en dedans de l'insertion du ligament rond. Elle communique avec la trompe, perméable dans toute son étendue, et avec la cavité utérine augmentée de volume.

Obs. 2. — Femme de 26 ans. A 19 ans, avortement ; à 20 ans et à 23 ans, grossesses et accouchements normaux.

Dernières règles, 6 janvier 1902.

Le 17 février, hémorrhagie utérine.

Le 1er mars, douleurs abdominales et écoulement muco-purulent et sanguinolent.

A gauche de l'utérus on sent une tumeur mollasse du volume d'un œuf. Cette tumeur semble faire corps avec l'utérus.

Diagnostic : Grossesse extra-utérine.

Laparotomie le 13 mars. L'utérus et la tumeur ne font qu'un ; le ligament rond s'insère en dehors de la corne gauche, qui paraît kystique.

Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

La trompe gauche s'insérait sur la poche kystique. Celle-ci fait saillie dans la cavité utérine, dont elle n'est séparée que par une mince cloison. Le ligament rond s'insère en dehors de la poche kystique.

Le kyste fœtal renfermait un embryon long de 3 centimètres.

M. Delagenière fait une étude d'ensemble des grossesses tubo-interstitielle et tubo-utérine. Pour lui, la grossesse tubo-utérine se reconnaît à l'asymétrie de l'utérus, à l'existence d'une tumeur kystique dans la partie hypertrophiée, à l'asymétrie dans l'insertion des trompes et des ligaments ronds et surtout à l'insertion du ligament rond en dehors de l'œuf. Ce dernier signe ne pourrait induire en erreur que pour un cas de grossesse dans une corne utérine ou dans un utérus double.

—

M. VARNIER. — Il est regrettable que M. Delagenière ne puisse présenter les pièces, en l'absence desquelles toute discussion est impossible.

M. PINARD. — Cela est d'autant plus regrettable que les faits publiés avec l'étiquette de grossesse interstitielle sont très discutables.

M. LEGUEU. — La valeur diagnostique de l'insertion du ligament rond est discutable. Souvent on voit le ligament rond étalé, dissocié, refoulé par les tumeurs qui se développent dans son voisinage.

Suite de la discussion sur la communication de MM. CHAMPETIER DE RIBES et DANIEL. (Séance de mars 1902.) — **Occlusion intestinale apparue au début du travail.**

M. LEPAGE apporte la suite de l'observation qu'il a présentée de symptômes graves d'occlusion, s'étant d'ailleurs amendés spontanément chez une femme enceinte.

Trois mois après, le diagnostic fut rectifié. Il s'agissait d'une grossesse ectopique. Le fœtus était mort. M. Lepage pratiqua la laparotomie environ 2 mois après la mort du fœtus et put faire l'ablation totale du kyste fœtal. Guérison.

M. PINARD s'élève contre la notion qu'on tend à introduire dans la pathologie de la grossesse en publiant des observations d'occlusion intestinale de la grossesse. La grossesse utérine normale ne produit jamais ces accidents d'obstruction. Lorsqu'ils apparaissent, il faut se défier, songer à la grossesse extra-utérine, à l'appendicite, etc. Quant au traitement, il ne saurait être que chirurgical. C'est la laparotomie qui, pratiquée en temps utile, permettra de reconnaître la cause de l'obstruction et d'y porter remède.

M. RICHELOT se rallie à l'opinion de M. Pinard.

M. LEPAGE. — **Présentation d'un placenta bordé.**

M. VARNIER. — **Œdème aigu du col de l'utérus gravide chez une femme ayant subi l'ablation unilatérale des annexes.** — Femme de 27 ans, enceinte pour la 3e fois. Les deux premières grossesses et accouchements normaux. Le dernier en 1892.

En 1894, M. Monod lui fait une laparotomie pour extirper un kyste de l'ovaire gauche.

Dernières règles, au 3 janvier 1898.

Vers le 7e mois (11 août), brusquement, dans la station debout, le col, turgide, sort hors de la vulve ; il proémine de 9 centimètres, formant une tumeur pyriforme de 21 centimètres de circonférence.

Des mouchetures laissent sourdre de la sérosité limpide. Elles ne sont pas douloureuses. Par contre, au niveau du pédicule, la muqueuse vaginale a conservé toute sa sensibilité.

Il n'y a pas de cystocèle.

Réduction facile en position de Trendelenbourg.

Le lendemain, par le toucher, on ne perçoit aucune particularité. On a les sensations que donne habituellement le col des multipares.

Le 22 août, alors qu'elle était au lit, le col turgide reparaît hors de la vulve ; la réduction est faite immédiatement, sans difficultés.

Le 12 septembre, dans la station debout, réapparition du col au dehors. Réduction spontanée par le simple décubitus dorsal.

Le 6 novembre, 276 jours après la fin des dernières règles, accouchement spontané, par le sommet, d'une fille vivante de 3 kg. 115.

Délivrance simple, placenta 510 grammes. Suites de couches normales.

Le 19e jour, l'utérus est en rétroversion. Le cathétérisme donne 12 cm. 5 comme dimension de sa cavité ; il n'y a pas d'allongement hypertrophique du col.

L'élongation passagère et par poussées du col sans prolapsus utérin tenait donc à l'œdème aigu du col. Elle n'a pas empêché la grossesse d'évoluer jusqu'à terme.

M. Delagenière (du Mans). — **Présentation d'un écarteur bivalve pour la paroi abdominale pendant les laparotomies.** — Les deux valves de l'écarteur sont l'une sus-pubienne, l'autre destinée à être placée dans l'angle supérieur de l'incision.

M. Legueu emploie un écarteur automatique, mais à valve latérale.

M. Richelot. — Les valves sont utiles, surtout la valve sus-pubienne ; mais la valve tenue par un aide intelligent est meilleure que tous les appareils automatiques, lesquels ne sont utiles qu'en l'absence d'aides.

Séance du 28 juin 1902.

M. VARNIER. — **Sur un cas d'auto-avortement?** (1).

M. COUVELAIRE. — **Hématome du cordon ombilical.** — Il s'agit d'une femme de 32 ans, primipare, qui fut accouchée à terme, à l'aide du forceps d'un enfant vivant pesant 3.880 grammes. Après l'extraction de la tête, il fallut dégager un circulaire assez serré autour du cou en le faisant passer par-dessus la tête. Ce dégagement fut fait sans violence.

Or, immédiatement après la naissance de l'enfant, on constata, au niveau du cordon, l'existence d'un hématome doublant le volume du cordon sur une hauteur de 9 cm. 5 à partir de l'ombilic.

L'étude histologique de coupes striées a montré qu'il s'agissait d'une déchirure latérale de la veine ombilicale étendue sur une hauteur de 1 mm. 5. La veine et les artères ombilicales ne présentent d'ailleurs aucune altération pathologique.

Il semble donc bien que la déchirure de la veine relève du léger trauma produit par le dégagement rapide du circulaire.

M. RUDAUX. — **Rigidité syphilitique du col ayant nécessité une opération de Porro.** — Un rapport sera fait sur cette observation par M. Wallech.

MM. PORAK et THEUVENY. — **Kyste du larynx chez un nouveau-né.** — Enfant né à terme, du poids de 3.200 grammes et chez lequel rien de particulier n'a été noté à la naissance. Quelques heures plus tard on constate l'existence d'une cyanose persistante avec tirage considérable et action de tous les muscles surnuméraires, mais sans cornage, ni bruit trachéal. Cet état persiste jusqu'à la mort, qui survient au bout de douze heures. En pratiquant l'autopsie, on constate, au niveau de la gouttière laryngo-épiglottique gauche, la présence d'une tumeur kystique ronde, tendue, de la grosseur d'une bille, repoussant l'épiglotte à

(1) Cette communication a paru *in extenso* dans les *Annales de gynécologie*, juillet 1902.

droite et remontant jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure des cartilages aryténoïdes. L'examen microscopique de la pièce sera fait ultérieurement.

MM. Porak et Theuveny. — **Cyanose par persistance de la perméabilité du canal artériel.** — Pièce recueillie sur un enfant de 3.250 grammes présentant, dès sa naissance, une cyanose intense et persistante. Pendant toute la durée du travail on a remarqué le caractère nettement soufflant des bruits du cœur. A la naissance cependant, et pendant les deux jours où il a vécu, on n'a pu retrouver aucun bruit pathologique.

A l'autopsie, on trouve un cœur énorme avec un ventricule droit particulièrement développé. L'artère pulmonaire présente une dilatation ampullaire, triple de son volume normal. Le canal artériel a un calibre volumineux permettant très facilement le passage d'une grosse sonde cannelée.

Rien du côté de la grande ni de la petite circulation ne permet d'expliquer cette perméabilité considérable. Comme dans une observation d'Audry et Lacroix (1890), le double souffle entendu pendant le travail n'a pas été retrouvé pendant la vie.

MM. Porak et Theuveny. — **Cyanose persistante. Anomalies du cœur droit.** — Enfant débile du poids de 1.950 grammes, amené de la ville et présentant une cyanose intense et constante. L'auscultation du cœur et des poumons ne présente rien de particulier. Mort le sixième jour. A l'autopsie, on constate que le cœur est gros (35 gr.), globuleux. Le sillon inter-ventriculaire antérieur est situé au milieu de la face antérieure du cœur, atteignant le bord droit et non la pointe, cette dernière est dirigée à droite et uniquement formée par le ventricule gauche.

Sur une coupe transversale du cœur on voit que le ventricule droit n'existe pas et que l'orifice auriculo-ventriculaire de ce côté n'est pas perméable. Il en est de même de l'orifice de l'artère pulmonaire. Le ventricule gauche est normal. Il n'existe que deux sygmoïdes aortiques, mais obturant bien l'orifice. L'oreillette et l'auricule droits sont dilatés. Le trou de Botal, qui n'est pas fermé, a son aspect normal. Le canal artériel, qui a son calibre ordinaire, est perméable. Le thymus et les poumons sont normaux.

MM. Porak et Theuveny. — **Hydronéphrose congénitale par**

oblitération de l'uretère droit près de la vessie trouvée à l'autopsie d'un enfant de 2.410 grammes, mort le quatrième jour.

MM. Porak et Theuveny. — **Rétrécissements multiples de l'intestin grêle.** — Il s'agit d'un enfant né à terme, du poids de 3.250 grammes, avec un placenta de 750 grammes. Cet enfant présentait, à la naissance, un œdème généralisé, surtout marqué au niveau de l'abdomen. Pendant le premier jour, le ballonnement du ventre alla en augmentant de plus en plus, et on vit apparaître, au niveau de la paroi abdominale, des hémorragies sous-cutanées. Aucune évacuation de méconium. Au bout de vingt-quatre heures, l'enfant fut pris de vomissements fécaloïdes, et l'on fit une laparotomie qui permit de constater l'existence d'une péritonite généralisée et le complet aplatissement du gros intestin. L'enfant mourut deux heures après. A l'autopsie, l'on vit que l'iléon présentait, dans ses six derniers centimètres, trois rétrécissements livrant difficilement passage à un fil fin de platine et qu'en amont l'intestin était distendu par une grande quantité de méconium. On peut se demander si, dans ce cas, il n'y a pas lieu d'incriminer la syphilis maternelle.

M. Kirmisson. — Rapport sur un cas **d'absence de la branche montante du maxillaire inférieur du côté droit avec atrophie de la face du même côté**, présenté par M. Rudaux. — C'est là un fait d'une rareté exceptionnelle et d'une interprétation difficile.

M. Potocki. — **Cholécystotomie pratiquée quelques heures après l'accouchement.** — Il s'agit d'une femme secondipare qui, enceinte d'environ huit mois et demi, fut prise brusquement, le 27 mai 1900, de douleurs dans l'hypochondre droit et de vomissements. Très rapidement, facies grippé, signes de réaction péritonéale. Température 39°, pouls 120. On sent à droite et descendant jusqu'à la fosse iliaque une tumeur douloureuse dont les connexions semblent être hépatiques.

Dans la nuit du 27 au 28, elle accouche d'un enfant vivant de 3.200 grammes.

Après l'accouchement, détente; temp. 37,8°, pouls 112. La tumeur est remontée et sa continuité avec le foie évidente. Le 28, à midi, des symptômes graves reparaissent : frissons, temp. 40°, pouls 146.

Laparotomie latérale immédiate. La vésicule est ponctionnée,

et suturée à la paroi, il s'écoule un liquide purulent et une infinité de petits calculs. Guérison opératoire. Il reste une fistule pour laquelle M. Schwart pratique huit mois plus tard une cholécystectomie.

Après des considérations sur la pathogénie et le diagnostic de la cholécystite, chez la femme enceinte, M. Potocki envisage la question du traitement. L'intervention chirurgicale est rendue difficile par la présence de l'utérus gravide. Aussi, dans le cas qu'il rapporte, si le travail ne s'était pas déclaré, il l'aurait provoqué artificiellement pour vider l'utérus avant de pratiquer la laparotomie.

M. Varnier. — **Rectification de la généalogie des Baudelocque.**

Séance du 21 juillet.

M. Couvelaire. — **Accouchement spontané après guérison d'un kyste para-ovarique ponctionné lors de l'accouchement précédent.** — La femme en question a eu pour la première fois ses règles à l'âge de 13 ans. Elles sont toujours revenues régulièrement depuis, et cette femme n'a jamais présenté aucun symptôme douloureux jusqu'à sa première grossesse, qui survint à 23 ans. Cette grossesse s'accompagna de phénomènes douloureux du côté du petit bassin et se termina à trois mois par un avortement.

Elle redevint enceinte l'année suivante. Cette seconde grossesse évolua normalement jusqu'à huit mois et demi. Les membranes se rompirent alors prématurément. Quatre jours après le début du travail, elle entra à la Maternité, où l'on constata que l'enfant se présentait par l'épaule et que l'excavation était remplie par une tumeur liquide. La dilatation avait les dimensions d'une pièce de 5 francs.

M. Porak ponctionna le kyste à l'aide d'un trocart et recueillit 460 grammes de liquide clair comme de l'eau de roche. Après dilatation manuelle du col, il fit la version par manœuvres internes, mais se contenta de ramener le siège au niveau du détroit supérieur sans pratiquer l'extraction, et cela en raison de la dilatation incomplète. L'enfant succomba et fut expulsé mort. Les suites de couches furent normales et quand, le 15e jour, on pratiqua à nouveau le toucher, on ne put retrouver trace de la tumeur qu'on avait ponctionnée au moment du travail. L'année suivante survint

une troisième grossesse, qui évolua sans rien présenter de particulier. La femme accoucha à terme à la clinique Baudelocque, d'un enfant vivant de 3.410 grammes. L'accouchement se fit spontanément par le sommet ; la durée du travail fut de quatre heures. L'examen le plus minutieux pratiqué avant l'accouchement et après la délivrance ne fit rien découvrir d'anormal. Le kyste pelvien, très probablement para-ovarique, qui avait été ponctionné l'année précédente, a donc définitivement disparu à la suite de cette intervention.

M. Pinard. — **De la symphyséotomie dans les présentations persistantes du front.** — De la communication de M. Wallich, il résulte que le pronostic, dans la présentation du front, s'est considérablement amélioré à la clinique Baudelocque, depuis qu'on a eu recours dans ces cas à la symphyséotomie.

C'est à M. Varnier que revient le mérite d'avoir introduit ce puissant procédé thérapeutique dans cette variété si grave de dystocie.

Mais l'agrandissement du bassin n'est pas le traitement exclusivement applicable dans tous les cas de présentation du front.

L'accouchement peut être spontané, alors même qu'au début du travail on a constaté une présentation du front, cette dernière disparaissant dans le cours du travail pour faire place soit à une présentation du sommet, soit à une présentation de la face. La présentation du front est dans ces cas *transitoire*.

L'accouchement peut être spontané alors même que la présentation du front est *définitive*.

Mais, il est des *cas de présentation définitive du front dans lesquels l'accouchement spontané n'a pu s'effectuer*.

Une intervention est alors nécessaire, indispensable.

Quand doit-on intervenir ? On doit intervenir dans la présentation du front quand la tête est *enclavée*, et l'intervention doit être la symphyséotomie suivie de l'extraction par le forceps.

Quand, au contraire, la tête peut être mobilisée de haut en bas, ou de bas en haut, soit par la contraction utérine, soit par la pression digitale, l'application de forceps est suffisante et préférable, lorsqu'une indication de terminer l'accouchement, résultant soit de l'état de souffrance de l'enfant, soit de l'état général ou local de la mère, fait son apparition.

Dans ces conditions, l'application de forceps est toujours possible : car il n'y a pas d'exemple de tête enclavée sur laquelle on ne puisse conduire le forceps avec plus ou moins d'aisance, soit d'un côté soit de l'autre, parce qu'elle n'est pas également partout en contact avec le bassin.

L'application de forceps ayant été effectuée, comment doit-on opérer le dégagement de la tête? Les efforts, c'est-à-dire les tractions, doivent avoir pour but, en abaissant la tête, de *ramener la face en avant.*

Tantôt il suffit de voir apparaître la racine du nez, pour que le dégagement de l'occiput en arrière puisse avoir lieu; tantôt il est nécessaire d'amener le maxillaire supérieur au-dessous et en avant de la symphyse pour que ce dégagement puisse se produire. L'enfant, dans ces cas, a dans la bouche la symphyse de sa mère.

Faite dans ces conditions, l'application de forceps permet le plus souvent une extraction facile.

M. Champetier de Ribes se range à l'avis de M. Pinard. Il insiste sur certains cas de petite dystocie dus à la présentation du front chez de grandes multipares. Sans intervention l'accouchement se produit après un temps souvent assez long.

MM. Champetier de Ribes et Daniel. — **Un cas d'éclatement de la voûte crânienne chez un fœtus achondroplase au moment de l'accouchement.** — Il s'agit d'un cas, unique dans son genre, d'éclatement de la voûte du crâne chez un fœtus, au moment de l'accouchement. Il s'agissait d'un fœtus achondroplase qui se présentait par le siège et chez qui, lorsqu'on se préparait à faire l'extraction de la tête, et sans que des tractions violentes aient été exercées, il se produisit un éclatement brusque de la voûte crânienne, suivi de projection des hémisphères cérébraux sur le lit de la malade.

Les auteurs présentent, en outre, les radiographies de ce cas et une étude d'ensemble sur l'achondroplasie chez le fœtus.

M. Pinard insiste sur l'intérêt que cette communication offre au point de vue médico-légal. La possibilité de pareils faits doit être connue des médecins légistes.

M. Varnier. — **La fin et le testament de Levret (1).**

(1) Cette communication a été publiée *in extenso* dans ces *Annales de gynécologie*, n° de septembre 1902.

BIBLIOGRAPHIE

Untersuchungen ueber den Einfluss der Erhaltung des Eierstockes auf das spatere Befunden der Operierten nach der supravaginalen Amputation und vaginalen Totalextirpation des Uterus. — von R. Werth. (*Klinisches Jahrbuch*, 1902. Bd IX.) — Dans ce travail, basé sur l'étude de 17 observations d'hystérectomies supravaginales et 83 observations d'hystérectomies vaginales, revues après plus de 3 ans, Werth conclut que la conservation d'un ou des deux ovaires donne des résultats sensiblement meilleurs que la castration totale. Les bouffées de chaleur, les phénomènes de nervosité sont certainement améliorés ou moins intenses, lorsque l'on a conservé un ovaire ou les deux. Ces conclusions sont conformes à ce que l'on sait aujourd'hui depuis les travaux de Kelly, Dudley, C. Martin, Jayle, Abel. Les modifications que cette conservation des ovaires, apporte à la technique, sont très simples et n'aggravent nullement le pronostic des opérations ; il faut donc, toutes les fois que la chose est possible, dans les hystérectomies supravaginales ou vaginales, faites surtout pour des myomes ou des métrites chroniques rebelles, conserver les deux ovaires, ou au moins l'un d'eux. P. Lecène.

Le cisti del Paraovario et la loro torsione sul peduncolo; pel Dott. Coen (*Annali di Ostet. e Ginecol.*, 3 Marzo 1902).— Dans ce travail, Coen étudie les kystes parovariens, en insistant particulièrement sur leur torsion, complication rarement observée dans l'évolution de ces tumeurs. Il décrit deux formes principales de kystes parovariens, ceux à développement pelvien et ceux à développement abdominal ; les premiers sont plus fréquents que les seconds, et leur diagnostic est plus facile : en effet, en présence de kyste parovarien à développement abdominal, on pensera le plus souvent en clinique à un kyste de l'ovaire ou à un hydrosalpinx. Au point de vue anatomique, l'auteur rappelle que ces kystes sont généralement uniloculaires, à contenu clair ; leur surface interne peut être lisse ou papillaire ; les premiers sont plus fréquents que les autres. Les kystes à évolution abdominale, développés dans l'épaisseur du mé-

sosalpinx arrivent quelquefois à se pédiculiser franchement ; c'est alors qu'on observe leur torsion ; d'après Coen, cette torsion aurait ceci de spécial que la paroi du kyste ne serait pas aussi congestionnée que dans les kystes ovariques tordus et que, de plus, le liquide du kyste parovarien tordu resterait absolument clair ; on peut expliquer ce fait avec Bouilly, en remarquant que le pédicule de ces kytes est toujours assez large, ce qui fait que la torsion n'amène pas de gêne trop marquée de la circulation. Le traitement des kystes parovariques simples ou tordus est naturellement l'extirpation ou l'énucléation par cœliotomie. P. LECÈNE.

Allgemeine Gynækologie, von R. KOSSMANN (Hirschwald) (Berlin, 1903). — Dans ce volume, l'auteur traite de la « Gynécologie générale », comme l'indique le titre. On peut au premier abord se demander ce que peut signifier cette dénomination « gynécologie générale » ; Kossmann entend par là tout ce qui en gynécologie a une portée générale : c'est-à-dire l'histoire et l'évolution de la gynécologie, la morphologie et morphogénie de l'appareil génital de la femme, la physiologie générale et enfin la thérapeutique générale. C'est surtout une œuvre de philologue et de philosophe ; la partie historique est traitée avec une richesse de détails toute particulière ; les chapitres de morphologie et d'embryologie renferment des détails intéressants, et l'ouvrage se termine par un vocabulaire gynécologique, avec les étymologies grecques et latines. Dans son ensemble, l'ouvrage est curieux et original, mais ne présente pour la pratique gynécologique proprement dite qu'un intérêt restreint.

P. LECÈNE.

Atlas-manuel de gynécologie, par O. SCHÆFFER, édition française par J. BOUGLÉ, Paris, J.-B Baillière, 1903. — Cet atlas-manuel, illustré de 90 planches (en couleur, comprenant plus de 200 figures, est accompagné d'un texte concis résumant les connaissances les plus importantes pour le médecin. M. Bouglé a ajouté, dans la traduction française, une série de points de pratique, empruntés surtout à l'enseignement de son maître, Bouilly. Tel qu'il se présente, ce volume sera consulté avec fruit par les praticiens.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME LVIII

Juillet à Décembre 1902.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME LVIII

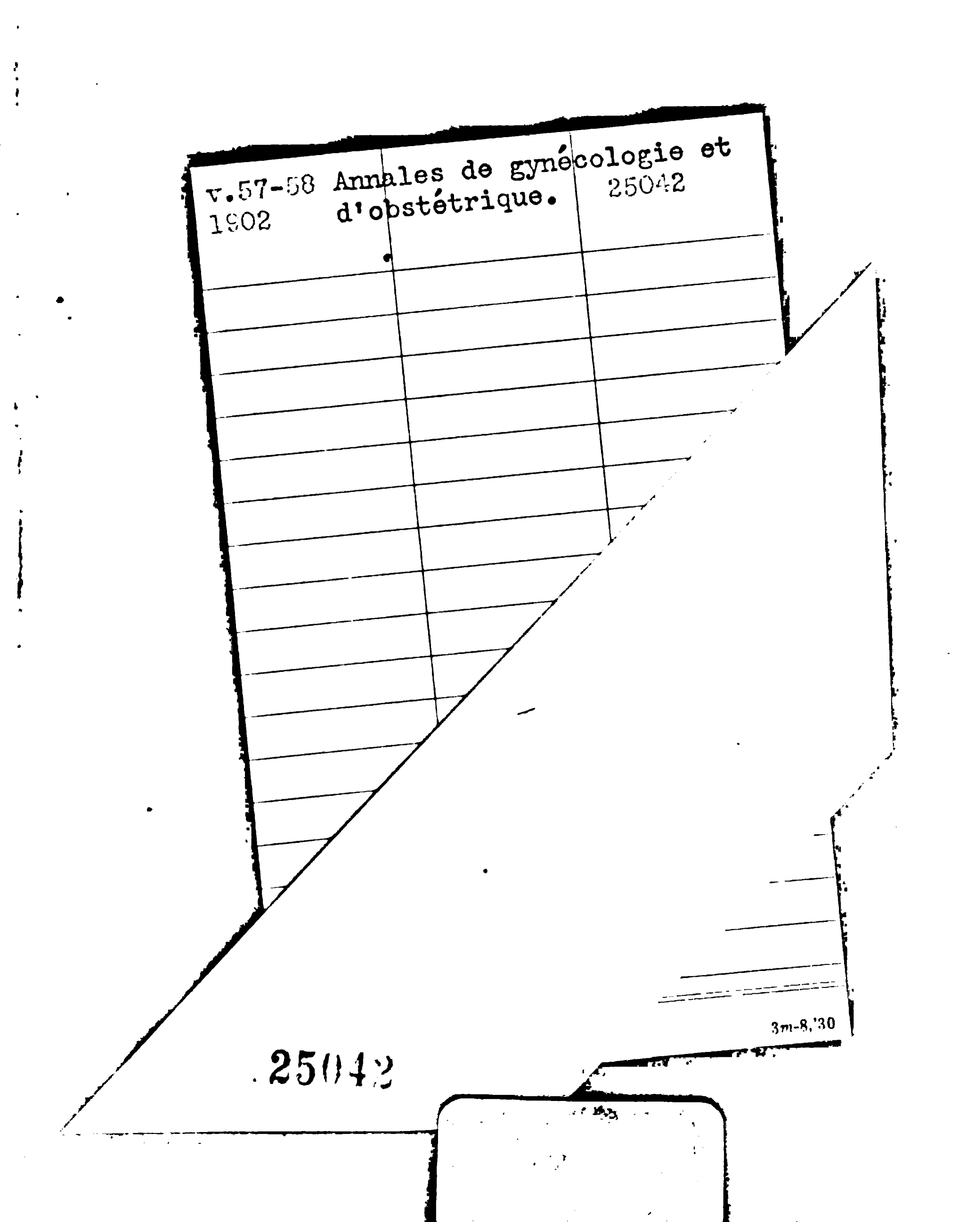
Juillet à Décembre 1902.

REVUES GÉNÉRALES

SOCIÉTÉS SAVANTES

BIBLIOGRAPHIE

Paris, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.



v.57-58 Annales de gynécologie et
1902 d'obstétrique. 25042
3m-8,'30
25042